RODRIGO AFFONSECA BRESSAN
ARY GADELHA
GÉDER GROHS
(ORGS.)
CASOS DE SUPERAÇÃO EM ESQUIZOFRENIA
artmed

RODRIGO AFFONSECA BRESSAN
ARY GADELHA
GÉDER GROHS
(ORGS.)
CASOS DE SUPERAÇÃO EM ESQUIZOFRENIA
artmed
2017

Artmed Editora Ltda., 2017.
Gerente editorial: Letícia Bispo de Lima
Colaboraram nesta edição:
Coordenadora editorial: Cláudia Bittencourt Capa: Paola Manica
Preparação de originais: Lisandra Cássia Pedruzzi Picon
Projeto e editoração: TIPOS - design editorial e fotografia

ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 - Santana
90040-340-Porto Alegre - RS
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070
SÃO PAULO
Rua Doutor Cesário Mota Jr., 63 - Vila Buarque
01221-020 - São Paulo - SP
Fone: (11) 3221-9033
SAC 0800 703-3444 - www.grupoa.com.br

IMPRESSO NO BRASIL PRINTED IN BRAZIL

AUTORES

Rodrigo Affonseca Bressan (org.): Psiquiatra. Mestre e Doutor pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). PhD em Neurociências pelo King's College London, Reino Unido. Professor adjunto do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina (EPM), Unifesp. Visiting professor, Institute of Psychiatry, King's College London, Reino Unido.
Ary Gadelha (org.): Psiquiatra. Doutor em Psiquiatria pela Unifesp. Coordenador do Programa de Esquizofrenia (Proesq) da Unifesp.
Géder Grohs (org.): Psiquiatra. Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Coordenador do Ambulatório de Esquizofrenia e Outras Psicoses (ambuSZ) da Residência de Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina/ Secretaria do Estado de Saúde (IPqSC/SES).

Alberto Stoppe Jr.: Psiquiatra e psicogeriatra. Mestre e Doutor em Psiquiatria pela Universidade de São Paulo (USP). Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria do IPqSC/SES.
Alexandre Paim Diaz: Psiquiatra. Mestre e Doutor em Ciências Médicas pela UFSC. Pós-doutorando em Psiquiatria na Columbia University College of Physicians and Surgeons e no New York State Psychiatric Institute, Estados Unidos. Psiquiatra do IPqSC/SES.
Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro: Psiquiatra. Doutora em Medicina pela Faculdade de Medicina da USP (FMUSP). Coordenadora da Comissão de Estudo e Prevenção de Suicídio da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Membro da Comissão de Estudo à Atenção à Saúde Mental do Médico da ABP e do Conselho Científico da Associação Brasileira de Familiares e Portadores de Transtorno Afetivo (Abrata).
Alfredo Minervino: Psiquiatra. Mestre em Psiquiatria pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professor de Psiquiatria na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Chefe do Serviço de Psiquiatria e da Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Membro titular da ABP.

Ana Paula Werneck: Psiquiatra. Doutora em Ciências pela FMUSP. Psiquiatra perita na UFSC. Professora na Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul).
Bianca Schwab: Psiquiatra. Colaboradora do ambuSZ, IPqSC/SES.
Bruno Ortiz: Psiquiatra.
Claudiane Salles Daltio: Psiquiatra. Mestre e Doutora em Ciências pela Unifesp. Coordenadora de Assistência e Pesquisa Clínica do Programa de Esquizofrenia da Unifesp.
Cristiano Noto: Psiquiatra. Mestre e Doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Unifesp. Coordenador do Ambulatório de Primeiro Episódio Psicótico da Santa Casa de São Paulo. Pesquisador do Proesq/Unifesp.
Eduardo Daura Ferreira: Psiquiatra. Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutor em Ciências Médicas - Alzheimer pela UFRGS. Preceptor e coordenador do Programa de Esquizofrenia e Transtornos de Humor do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP).
Eduardo Mylius Pimentel: Psiquiatra. Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria, coordenador da Enfermaria de Agudos Feminina, médico assistente no ambuSZ, IPqSC/SES. Presidente da Associação Catarinense de Psiquiatria (ACP).
Fabiana Nery: Psiquiatra. Mestre e Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora adjunta do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da UFBA.
Flavio Shansis: Psiquiatra. Mestre em Bioquímica pela UFRGS. Doutor em Ciências Médicas pela UFRGS. Professor da Residência em Psiquiatria do HPSP. Coordenador do Programa de Pesquisa e Ensino em Transtornos de Humor (Propesth) no HPSP.
Hamilton M. Grabowski: Psiquiatra. Pesquisador clínico e diretor clínico da Trial Tech - Tecnologia em pesquisas com medicamentos.
Helio Elkis: Psiquiatra. Professor associado (livre-docente) do Departamento de Psi- quiatria da FMUSP. Coordenador do Programa de Esquizofrenia (Projesq) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq-HCFMUSP). Pós-doutorado pela Case Western Reserve University, Estados Unidos.

Isabel Cristina Napolitano: Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental e no tratamento da Esquizofrenia. Voluntária, colaboradora e rater em pesquisas clínicas no Projesą do IPq-HCFMUSP.
Ísis Marafanti: Psiquiatra. Médica assistente da Irmandade da Santa Casa de São Paulo.
Itiro Shirakawa: Psiquiatra. Professor titular de Psiquiatria da EPM/Unifesp.
Leonardo Palmeira: Psiquiatra. Psiquiatra do Programa de Atenção e Pesquisa com Famílias em Situação de Risco do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Programa de Psicoeducação de Família de Pacientes com Transtornos Mentais Severos.
Luciana Amorim: Psicóloga. Mestranda em Psicologia na UFSC.
Luiz Guimarães: Psiquiatra.
Marcos Gebara: Psiquiatra. Especialista em Clínica, Psicoterapia e Forense pela ABP. Membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do CREMERJ. Diretor da Regional Sudeste da ABP.
Maria Carolina Pedalino Pinheiro: Psiquiatra. Especialista em Dependência Química pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad) da Unifesp. Mestranda em Ciências da Saúde na Santa Casa de São Paulo. Coordenadora de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola Barra Funda/Santa Casa. Médica primeira assistente da Santa Casa de São Paulo.
Mariana Franciosi Tatsch: Psiquiatra. Doutora em Psiquiatria pela USP.
Mário César Rezende Andrade: Psicólogo. Especialista em Terapia Comportamental e Cognitiva em Saúde Mental pelo IPq-HCUSP. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), com graduate research training pela McGill University, Canadá. Doutorando em Psiquiatria e Psicologia Médica na Unifesp, com estágio no King's College London, Reino Unido.
Maurício Viotti Daker: Psiquiatra. Doutor em Medicina - Psiquiatria pela Heidelberg University, Alemanha (Capes-DAAD). Pós-doutorado em Psiquiatria e Filosofia na University of Warwick, Reino Unido. Professor associado do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM-UFMG).

Melina Mendonﾃｧa: Psiquiatra.
Paulo Belmonte-de-Abreu: Psiquiatra. Mestre em Health Sciences pela The Johns Hopkins University, Estados Unidos. Mestre em Ciﾃｪncias da Saﾃｺde pela Universidade do Minho, Portugal. Doutor em Clﾃｭnica Mﾃｩdica pela UFRGS. Pﾃｳs-doutorado em Biologia Molecular pela UFRGS. Professor titular de Psiquiatria da UFRGS. Chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFRGS. Presidente da Associaﾃｧﾃ｣o Brasileira de Estimulaﾃｧﾃ｣o Cerebral (ABECer). Coordenador do Programa de Esquizofrenia do HCPA.
Pedro Shiozawa: Psiquiatra. Especialista em Pesquisa Clﾃｭnica. Doutor em Psiquiatria pela Faculdade de Ciﾃｪncias Mﾃｩdicas da Santa Casa de Sﾃ｣o Paulo (FCMSCSP). Professor no Departamento de Psiquiatria da FCMSCSP.
Quirino Cordeiro: Psiquiatra. Doutor pela FMUSP. Professor adjunto e chefe do Departamento de Psiquiatria da FCMSCSP. Diretor do Centro de Atenﾃｧﾃ｣o Integrada ﾃ Saﾃｺde

Mental (CAISM) da Santa Casa de Sテ｣o Paulo. Professor afiliado e coordenador do Grupo de Psiquiatria Forense da EPM/Unifesp.
Sテｩrgio Meleiro: Ortopedista. Especialista em Trauma Ortopテｩdico pelo Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) do HCFMUSP.
Tテ｡ki Athanassios Cordテ｡s: Psiquiatra. Coordenador da Assistテｪncia Clテｭnica do IPq-HCFMUSP Coordenador do Programa de Transtornos Alimentares (Ambulim) do IPq-HCFMUSP. Professor do Programa de Pテｳs-graduaテｧテ｣o do Departamento de Psiquiatria da USP, do Programa de Neurociテｪncias e Comportamento do Instituto de Psicologia da USP e do Programa de Fisiopatologia Experimental da FMUSP.
Valテｩria Barreto Novais: Psiquiatra. MPhill em Psiquiatria pela University of Edinburgh, Reino Unido. Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Cearテ｡ (UFC). Diretora do Instituto Hテｭgia de Neurociテｪncias.

10

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

ARY GADELHA, MÁRIO CÉSAR REZENDE ANDRADE. RODRIGO AFFONSECA BRESSAN, GEDER GHOHS

A esquizofrenia é uma doença mental grave e incapacitante que afeta cerca de 1% da população.

Essa frase se tornou um início padrão para os artigos científicos sobre esquizofrenia e traduz a imagem negativa que predomina entre profissionais da saúde e na população em geral sobre a doença. No entanto, dados recentes têm demonstrado uma realidade diferente, em que parcelas crescentes de pessoas com esquizofrenia conseguem atingir melhoras significativas em termos de funcionamento e conquistas pessoais. Esse choque entre as expectativas dos profissionais da saúde mental e o real potencial de recupera- ção da doença, assim como a evidência de que as abordagens terapêuticas em uso são limitadas na promoção de uma vida plena para as pessoas com o transtorno, tem direcionado a busca de novos paradigmas tanto na pesquisa como na prática clínica.

No campo da prática clínica, novas metas de tratamento foram estabelecidas, incor-porando outras dimensões de sintomas/prejuízos (p. ex., negativos ou cognitivos) como parâmetros de resposta ao tratamento e definindo conceitos de melhora que integrassem melhor a avaliação clínica à perspectiva funcional e de enfrentamento da doença. Nesse sentido, tem sido proposto um conceito paralelo à recuperação clínica, no qual ganha centralidade o desenvolvimento pessoal e a esperança, tendo origem nas publicações de diversas narrativas em primeira pessoa por portadores de transtornos mentais graves, mostrando a possibilidade de desenvolver um papel além da doença mental.

Este conceito, chamado de superação (tradução proposta para o termo em inglês recovery), tem sido definido como um modo de viver uma vida satisfatória e esperançosa, com uma contribuição efetiva para a sociedade, mesmo convivendo com limitações causadas pela doença.1 Uma atenção crescente vem sendo dada a esse conceito, o qual tem orientado a prática em saúde mental nas últimas décadas e recebido destaque nas políticas de saúde mental, principalmente em países de língua inglesa.? Um extensa revisão e síntese narrativa da literatura internacional sobre recovery revelou que esse fenômeno ocorre por meio do estabelecimento de cinco processos principais, reunidos no acrônimo em inglês CHIME: conexão com os outros (connectedness); esperança (hope); identidade positiva (identity); significado na vida (meaning in life); e empoderamento (empowerment). Nesse contexto, o clínico também ganha um novo papel, o de facilitador

dos processos que movem a pessoa para além da doença, deixando de focar apenas na redução dos sintomas e dos prejuízos funcionais. Para o desempenho desse papel, quatro tarefas principais têm sido propostas como facilitadoras do recovery pelos clínicos: 0 fomento da relação com o paciente, o oferecimento de tratamentos que potencializem os

processos de recovery, a promoção da inclusão social e do bem-estar.3 Desse modo, várias ferramentas que tenham como foco promover o bem-estar podem ser utilizadas na promoção do recovery, que traduz mais um processo do que uma metodologia específica. Entre as possíveis ferramentas, têm sido destacados a terapia cognitivo-comportamental, a psicologia narrativa, a psicoterapia positiva e o mindfulness.4

Entretanto, um dos principais obstáculos para a implantação do recovery na prática clínica é o estigma associado à doença. Levantamento recente demonstrou que os psi- quiatras no Brasil tinham uma visão mais pessimista e estigmatizada da esquizofrenia quando comparados à população em geral. Como a perspectiva do tratamento por parte do profissional tem impacto no desfecho clínico, esse dado é preocupante.

Essa visão negativa é derivada da evolução histórica do conceito clínico e do fenômeno da ilusão do clínico. Kraepelin, ao dar contornos mais próximos dos atuais às psicoses endógenas, propôs que uma das principais diferenças entre a dementia praecox e a insanidade maníaco-depressiva seria a evolução desfavorável inexorável da primeira. Apesar de críticas de outros autores, como Eugen Bleuler, esse conceito passou a fazer parte da visão do clínico sobre esquizofrenia. No DSM-III, por exemplo, havia uma observação de que se esperava uma evolução pior para a maior parte dos pacientes. Assim, o psiquiatra considera o paciente prototípico com esquizofrenia como um paciente grave e com poucas perspectivas de recuperação, pois a tendência será a de evolução com deterioração adicional.

Essa visão direciona o olhar do clínico, que busca essas características nos pacientes. E as encontra, pois o treinamento psiquiátrico é feito em unidades de internação e instituições para casos graves que precisem de suporte intensivo. De modo geral, os pacientes em tratamento são os mais graves. Isso facilita a ocorrência do fenômeno chamado de ilusão do clínico, que formula sua visão da doença como um todo a partir de sua experiência com esses pacientes de maior gravidade.

Dados epidemiológicos e de neurociência recentes também têm sugerido interpretação diferente das perspectivas de superação em esquizofrenia. A revisão das estimativas de emprego tem demonstrado que uma parcela significativamente maior dos pacientes com esquizofrenia tem conseguido trabalho ou voltar a estudar. Estudos de imagem têm demonstrado que nem todos os pacientes apresentam perdas volumétricas e que a perda está associada ao número de crises e ao tempo total de psicose. Assim, aumenta-se a relevância do tratamento como um modificador da trajetória de doença. Explica-se

também a visão kraepeliniana, uma vez que, na falta de tratamento efetivo, a tendência para a maioria dos pacientes seria a deterioração.

Chega-se então a um paradoxo. O tratamento modifica a evolução da doença, mas, para ser efetivo, depende, em grande parte, de um profissional que foi treinado a ter baixas expectativas em relação a pessoas com esquizofrenia. Como mudar esse cenário?

Estratégias de combate ao estigma enfatizam que conhecer pessoas com esquizofrenia é mais eficaz que basear-se somente em informações sobre o transtorno. Lançamos, então, um pedido a vários colegas: será que eles teriam histórias de boa evolução de pacientes com esquizofrenia? Fomos prontamente surpreendidos com os inúmeros re- latos reunidos neste livro. Esperamos que sua leitura ajude a formar uma nova visão da esquizofrenia, que reconhece a possibilidade de superação e sua busca ativa. Também esperamos, ao trazer diferentes experiências, identificar estratégias e práticas associadas a uma melhor evolução no tratamento do transtorno. É importante ressaltar que o foco na superação não se propõe

a negar a dificuldade que representa ter o diagnóstico de esquizofrenia, mas a reforçar a importância de enfrentá-lo com uma atitude de esperança realista. Essa parece ser a atitude mais adequada para o desafio que nos é colocado como clínicos, bem como às pessoas com esquizofrenia e suas famílias.

REFERÊNCIAS

1. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. Psychatr Rehabil J. 1993;16(4):11-23.
2. Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. Epidemiol Psichiatr Soc. 2008;17(2):128-37.
3. Slade M. The contribution of mental health services to recovery. J Mental Health. 2009; 18(5):367-71.
4. Slade M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. BMC Health Services Res. 2010;10:26.
5. Loch AA, Hengartner MP, Guarniero FB, Lawson FL, Wang YP, Gattaz WF, et al. The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared. Psychiatry Res. 2013;205(3):185-91.
6. Cohen P, Cohen J. The clinician's illusion. Ach Gen Psychiatry. 1984;41(12):1178-82.

1

COM MINHAS PRÓPRIAS MÃOS

IDENTIFICAÇÃO

LEONARDO PALMEIRA

Carlos, 33 anos, casado, havia sido diagnosticado com esquizofrenia aos 23 anos de idade e passado por seis internações.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Carlos foi trazido por sua esposa à emergência psiquiátrica no segundo ano de casamento. Tinha contado a ela sobre sua doença no dia em que se conheceram, mas Clara nunca havia presenciado um surto do marido. Ela ficou assustada quando ele se tornou verbalmente agressivo com ela e começou a falar sozinho coisas sem sentido. Ele dizia que ouvia pessoas falando dele, sentia agulhas furando seu corpo e estava com medo de que pudessem sequestrá-lo e torturá-lo até a morte. Foi difícil convencê-lo a procurar o médico, mas a família a ajudou a trazê-lo.

Carlos contou que, há seis meses, tomou a decisão de reduzir seus medicamentos por conta própria, pois estava ganhando muito peso e tinha perdido a libido. Ele usava tioridazina e clonazepam e não estava mais disposto a tomar medicamentos que atrapalhassem sua vida.

O médico de plantão, diante da resistência de Carlos a voltar a ser medicado, optou por interná-lo na ala psiquiátrica para reiniciar o tratamento.

HISTÓRIA

Carlos nasceu e foi criado na cidade do Rio de Janeiro. Cresceu na Zona Norte, onde tinha muitos amigos e gostava de brincar na rua, jogar futebol, bolinha de gude, queimada e pique-bandeira. Aprendeu a ler e escrever aos 4 anos, sendo alfabetizado por uma professora que ia a sua casa. Ingressou no estudo formal apenas no segundo ano do ensino fundamental. Sempre foi um dos melhores alunos da turma. Na adolescência,

tornou-se muito tímido e teve dificuldades para namorar e fazer amizades. Um amigo de escola fiel o estimulou a fazer um curso técnico e o chamou para trabalhar com ele em uma farmácia de manipulação e, depois, em uma empresa multinacional.

Três anos depois, aos 23 anos, bem colocado nessa mesma empresa e ganhando um bom salário, que permitia que ajudasse financeiramente seus pais, Carlos teve os primeiros sintomas da doença. O primeiro surto psicótico teve seu ápice durante a jornada de trabalho, quando, por sentir muito medo, abandonou seu posto e foi caminhando 25 quilômetros até sua casa. Chegou em estado de agitação, dizendo que escutava vozes de pessoas que o ameaçavam. Seus pais tiveram que chamar uma ambulância e levá-lo diretamente para um hospital.

Após 10 dias de internação, Carlos recebeu alta medicado com haloperidol e pro- metazina, voltando um mês depois ao trabalho. Mesmo tomando os medicamentos, apresentava alucinações e precisava se esforçar muito para manter o controle, até que, alguns meses depois, teve nova recaída, sendo outra vez internado.

Não voltou mais a trabalhar e, depois de alguns anos, foi aposentado pelo INSS. Carlos diz que essa foi a pior fase de sua vida, sentia-se pesado, não conseguia fazer qualquer coisa e não tinha expectativas para continuar vivo.

Foi então que passou a frequentar a igreja, teve a iniciativa de pagar um plano de saúde com sua aposentadoria e mudou de médico. Nesse momento, relata, sua vida começou a mudar. Com a tioridazina e o clonazepam sentia-se mais disposto, as alucinações, que não desapareceram completamente com o tratamento anterior, arrefeceram, e ele passou a se socializar mais, tanto que fez novos amigos, conheceu Clara e iniciou um namoro com ela.

Mesmo melhor, Carlos ainda tinha recaídas, sempre com muita atividade alucinatória, e seus pais o levavam periodicamente a um hospital, onde era internado em leitos de curta permanência e medicado com haloperidol injetável.

O casamento foi, para Carlos, a grande virada de sua vida. Clara é uma companheira bastante compreensiva e o estimula a seguir na luta. Iniciou a faculdade de Teologia, começou a estudar inglês e a se socializar mais. A aparente normalidade que se instalava aos poucos em sua vida, no entanto, o fez acreditar que pudesse dispensar os medicamentos.

ACHADOS

No momento da internação, Carlos encontrava-se lúcido, orientado no tempo e no espaço e em relação a sua pessoa. Conversava com coerência e fluidez, encadeando bem suas ideias. Argumentava que sua decisão de não tomar os medicamentos se devia ao fato de eles, em sua percepção, fazerem mais mal do que bem. Mesmo com os medicamentos,

ainda tinha alucinações auditivas e mostrava piora em seu estado de humor, tornando-se irritadiço e intolerante, discutindo com a esposa e com quem o interpelasse. Reconhecia que, no estado em que se encontrava, o melhor talvez fosse não voltar para casa.

Carlos estava visivelmente ansioso e irritado, sobretudo quando os familiares dirigiam a palavra a ele. Disse que pessoas ficam fazendo "intrigas" a seu respeito e o ameaçando de diferentes formas, e que estava com medo do que poderia acontecer com ele no futuro. Sentia agulhadas pelo corpo como se alguém o espetasse propositalmente para que perdesse o controle.

Embora revelasse projetos futuros, como concluir a faculdade de Teologia e ser pastor, referiu dificuldade em manter as atividades com o mesmo vigor com que as iniciava, desânimo e vontade de largar tudo e ficar deitado na cama.

Não foram observadas alterações de atenção e memória. No exame físico, também não foram constatadas anormalidades. Exames de eletrencefalografia e ressonância magnética cerebral realizados há um ano apresentaram resultados normais.

CURSO
1
Carlos foi inicialmente tratado com risperidona em doses crescentes até 6 mg, porém, com duas semanas, queixou-se de estar se sentindo lento e com o "pensamento travado" sendo o medicamento substituído por quetiapina, em doses crescentes até 600 mg ao dia. Após quatro semanas de internação, recebeu alta sem relatar alucinações ou delírios, com humor estável e receptivo aos familiares, aceitando continuar o tratamento ambulatorial- mente e sem referir paraefeitos que o incomodassem. Nessa época, iniciou psicoterapia. Seis meses depois, Carlos e sua esposa se inscreveram para participar dos seminários para familiares e pacientes no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em um programa de psicoeducação. Depois de dois meses de aulas teóricas, Carlos e Clara integraram por dois anos um grupo de família organizado pelo próprio instituto cujo objetivo era a troca de experiências e a busca conjunta por soluções para os problemas do dia a dia de pessoas que convivem com transtornos mentais graves.
Carlos se destacou entre os participantes e foi eleito representante do grupo, com o objetivo de liderá-lo na comunidade, fora dos muros do hospital psiquiátrico. Auxiliou, então, na criação do primeiro grupo de autoajuda comunitário liderado por familiares e pacientes na cidade do Rio de Janeiro, que hoje funciona em uma igreja no bairro da Tijuca e recebe familiares e pacientes de diferentes locais da cidade.
Carlos tornou-se um exemplo de superação para outros pacientes e familiares, já tendo falado sobre o tema na mídia, inclusive na televisão. Depois de 10 anos de doença e várias internações, hoje sabe da importância do tratamento, compreende seu transtorno e sua vulnerabilidade, procura adaptar seu estilo de vida às suas limitações,

sempre preocupado com seu bem-estar. Tem uma visão otimista e positiva sobre si e sua vida, sente-se empoderado para tomar decisões, inclusive sobre seu tratamento, reconhecendo que seu maior erro foi ter deixado o tratamento sem ter o conhecimento e a maturidade que tem hoje.
Na vida pessoal, está feliz ao lado de sua esposa, assumiu a escola dominical de sua igreja e pretende continuar estudando e vivendo.
DISCUSSÃO
Carlos foi diagnosticado com esquizofrenia paranoide (F20.0 da CID-10). Seu percurso pela doença é longo e árduo, um exemplo típico dos pacientes que se tratam hoje no Brasil. Não há muitas dúvidas diagnósticas em seu caso, com muitos anos de doença, caracterizada predominantemente por sintomas positivos de forma recorrente, mas também por sintomas negativos, como desânimo, apatia e isolamento social.
O que chama a atenção no caso de Carlos é o desfecho que se deu depois de mais de 10 anos de doença e seis internações. No Brasil, poucos pacientes com essa história experimentam uma recuperação como a de Carlos, que, após tanto tempo, consegue com- preender a doença, empoderando-se para vencer os obstáculos e trazendo para si de volta a responsabilidade e o controle de sua vida. Talvez o comum fosse Carlos engrossar as estatísticas de pacientes crônicos e refratários ao tratamento (ou subtratados) no Brasil.
Hoje com 36 anos, Carlos gradativamente encontrou motivações e objetivos de vida que o ajudaram a cruzar a fronteira entre a doença e a saúde, tão tênue e friável na psi- quiatria, para viver mais fora do que dentro do território da esquizofrenia. Para que isso fosse possível, o diferencial foi a abordagem mais centrada em sua pessoa do que em sua doença, tanto por parte dos profissionais que o trataram como de seus familiares, criando

um ambiente propício para decisões compartilhadas, colocando-o no centro de sua recuperação. É certo que o medicamento antipsicótico adequado e a compreensão de sua doença e, mais do que isso, de suas vulnerabilidades, por meio da psicoeducação e da psicoterapia, permitiram que Carlos caminhasse no sentido de uma perspectiva mais positiva e esperançosa, que o empoderasse progressivamente para construir um futuro diferente, mas com as próprias mãos.

IDENTIFICAÇÃO

2

SOU MAIS FORTE QUE MEUS SINTOMAS

ITIRO SHIRAKAWA

Masumi, 29 anos, paulistano sansei, há mais de dois anos sem trabalhar.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

O paciente foi trazido à consulta pois vinha enfrentando uma nova crise que, apesar dos tratamentos realizados, não apresentava melhoras há cerca de dois anos.

Referia ouvir vozes dentro da sua cabeça que contavam piadas, davam ordens e às vezes o ameaçavam. Dizia que uma pessoa que frequentava sua casa queria que ele se matasse e que, se ele não o fizesse, ameaçava fazer mal à sua família.

Não estava conseguindo trabalhar, porque estava ouvindo muitas vozes que o deixa- vam atrapalhado. As vozes diziam para matar sua mãe, e "esses fatos ocorriam por vingança, ódio e inveja pelo fato de ele ser rico, bonito e interessante".

HISTÓRIA

Masumi é o terceiro de cinco irmãos. Foi um menino retraído durante a infância. Teve poucos amigos na adolescência e baixo entrosamento social.

Passou a apresentar problemas psiquiátricos aos 22 anos, após uma cirurgia de apêndice. Não conseguiu voltar a estudar e passou a se isolar, chegando a ficar cerca de seis meses trancado no quarto. Começou a ter ideias de perseguição e, uma noite, pulou da janela do quarto andar porque "as vozes mandaram". Teve a sorte de cair no telhado da casa do vizinho e não morrer.

O primeiro surto de Masumi durou cerca de um ano e foi melhorando aos poucos. Após a melhora, o paciente voltou a trabalhar na empresa da família e se manteve bem por dois anos, quando teve o segundo surto ao parar o medicamento. Novamente, só melhorou após um ano de tratamento. Relata que, mesmo mantendo o uso do medicamento, o surto voltou. Esse terceiro surto estava durando dois anos, e o medicamento havia sido

mudado várias vezes pelo psiquiatra que o atendia, sem sucesso. Foi quando o atendi pela primeira vez.

A família informou que um tio e dois primos maternos apresentam quadro psiquiátrico parecido com o de Masumi.

ACHADOS

Na ocasião, salvo seu quadro mental, apresentava-se clinicamente hígido. Ao exame do estado mental, Masumi estava consciente, higienizado e vestido adequadamente. Orientado auto e alopsiquicamente, tinha a atenção voluntária e a espontânea diminuídas e a memória de evocação prejudicada em função da vigência dos sintomas psicóticos. O pensamento estava agregado, com curso normal, mas com conteúdo delirante de cunho persecutório. Relatava inserção e roubo do pensamento, que atribuía ao fato de ser paranormal. Exibia também várias alucinações auditivas, sendo algumas imperativas, ordenando que se matasse ou matasse a mãe. Evidenciava afetividade distanciada e discordante. Seu

pragmatismo estava prejudicado; e as funções cognitivas e executivas, comprometidas. Tinha crítica parcial, mas sem juízo crítico com relação a sua doença.

CURSO

Por estar muito sintomático, foi preciso hospitalizá-lo. Na ocasião, foi prescrita eletro-convulsoterapia (ECT), pois Masumi estava há dois anos sintomático apesar das inú- meras tentativas com diferentes antipsicóticos, de primeira e segunda geração (p. ex., haloperidol, tioridazina, levomepromazina, flufenazina, trifluoperazina, palmitato de pipotiazina depot, flufenazina depot, risperidona e clozapina).

Com a ECT, houve redução da sintomatologia, mas apenas uma resposta parcial (não remissão). Iniciou-se clozapina, e o paciente teve alta tomando 400 mg ao dia (o curioso é que já havia sido medicado no passado com 800 mg ao dia de clozapina sem melhora) e haloperidol, 5 mg ao dia, pela persistência das alucinações auditivas. Após alguns meses, o quadro do paciente ficou estável, mas com a permanência de alucinações auditivas e certo grau de puerilidade.

DISCUSSÃO

Masumi vem sendo acompanhado por mim há 18 anos. Preenche claramente os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Hoje, está com 47 anos. Tendo em vista a persistência das alucinações auditivas, que não remitiram mesmo com a associação da ECT à clozapina, podemos considerar um quadro super-refratário ao tratamento.

Além dos medicamentos, seu tratamento também focou questões psicoeducativas do paciente e de sua família. Aos poucos, foram dadas informações sobre a doença, o tratamento e a evolução. Com a psicoeducação, sua conduta social melhorou, e Masumi aprendeu a lidar com as alucinações auditivas: "Aprendi que as vozes são produtos de minha mente e não são reais". Foi incentivado a realizar atividades físicas que têm sido úteis para distrair sua mente das vozes e evitar o ganho de peso. Com isso, voltou a trabalhar (na parte administrativa da seção comercial de uma empresa familiar com 200 funcionários). Nesse período, casou e teve duas filhas, que têm agora 14 e 12 anos. Hoje, aos 47 anos, segue lidando com as vozes, confrontando-as com a realidade de seu dia a dia, mas sente-se realizado pessoalmente e por ter encontrado seu papel na sociedade e na família.

3

RETOMANDO A PROFISSÃO

IDENTIFICAÇÃO

HAMILTON M. GRABOWSKI

Getúlio, 27 anos, solteiro e desempregado.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Getúlio chegou para consulta por indicação de um amigo da família. Estava em tratamento psiquiátrico desde os 27 anos de idade. Segundo sua família, o paciente havia melhorado dos sintomas iniciais, porém "nunca mais voltou a ser o mesmo". Não conseguiu mais trabalhar ou mesmo realizar atividades prazerosas. Não se socializava. Na percepção da família, o paciente não se importava em estar assim.

HISTORIA

Getúlio foi considerado uma criança normal, não havendo problemas em seu desenvolvi-mento psicomotor. Era um pouco tímido e reservado, estudioso, sempre passando de ano

com boas notas. Trabalhou na adolescência como office boy, auxiliando seus tios. Aos 18 anos, prestou vestibular para Medicina e passou em uma universidade federal. Nunca fez uso de tabaco ou drogas. Usou álcool em poucas oportunidades. Havia, na história familiar, um tio paterno que tinha recebido choque (sic) em várias ocasiões e que terminou os dias como morador de rua, tendo falecido nessas condições.

Logo após a formatura do curso de Medicina, Getúlio começou a se isolar, saindo pouco de seu quarto. Não compareceu ao exame de residência médica. Segundo seus pais, ele acreditava que havia uma grande trama nacional ligada às residências médicas para fazer uma lavagem cerebral nas pessoas e instalar chips controlados por "uma nova onda superior". Como tinha feito um curso preparatório para a residência, dizia que havia “códigos secretos" nas apostilas, que ele tinha decifrado alguns e, por ter descoberto tudo, estava sendo ameaçado por "aquelas pessoas". O paciente tinha certeza sobre o que estava acontecendo e irritava-se quando era contestado pelos pais. Getúlio chegou a

fazer ligações para a polícia federal relatando suas descobertas e, como não foi atendido em suas reivindicações, acreditava que os federais também estavam envolvidos na trama. Recusava-se a buscar ajuda médica. Passou a não dormir e a tomar medidas de precaução, como a colocação de cadeados em portas e janelas da casa. Em outra oportunidade, a mãe surpreendeu-o desligando todos os fios de TVs e rádios da casa dizendo que ninguém poderia ligá-los, pois esses aparelhos estariam "influenciando" sua vida, capturando seus pensamentos. Tinha certeza de que algo havia sido implantado em seu cérebro, pois passou a escutar uma voz diária, que o "aconselhava" e ditava ordens. Dizia ter reconhecido a voz como sendo de um político local, já falecido, que agora se comunicava para ajudar. Em certa ocasião, agrediu fisicamente uma pessoa na rua porque ela sorriu para ele, que interpretou isso como "uma provocação dos seres da ordem superior". Foi levado, contra sua vontade, pela família para ser hospitalizado. No momento da internação, ficou agitou, quebrou objetos na sala de triagem e teve de ser contido. Permaneceu 30 dias internado, sendo medicado inicialmente com 5 mg de haloperi- dol, duas vezes ao dia, e 100 mg de levomepromazina à noite. Segundo sua família, após 15 dias, ele se encontrava tranquilo, porém falava pouco e pedia para sair. De acordo com seu psiquiatra, Getúlio era pouco participativo, desconfiado e, às vezes, hostil. Seu medicamento foi reajustado para 20 mg diários de haloperidol. Como foram constatados discretos tremores e rigidez muscular, acrescentou-se biperideno, 2 mg, em duas administrações.

ACHADOS

Realizou tomografia cerebral computadorizada, que não apresentou alterações. Fez exames laboratoriais de rotina, pesquisa para tireoide e eletrencefalograma (EEG), os quais resultaram normais.

CURSO

Após a alta, Getúlio ficou mais calmo, mas ficava isolado em seu quarto e não participava de qualquer atividade familiar ou social. Tomava banho apenas duas vezes na semana. Após três meses, seu psiquiatra substituiu o haloperidol por risperidona, 4 mg ao dia, e diazepam, 10 mg à noite. Getúlio mostrou-se um pouco mais comunicativo, porém continuava com baixa sociabilidade e sem amigos. Após seis meses, voltou a falar na trama e na ordem superior. Recaiu e foi internado novamente. Ao longo de 10 anos, sofreu mais

quatro internações, todas com melhora sintomática. Usou diversos medicamentos em sua trajetória hospitalar e ambulatorial (olanzapina, ziprasidona, tioridazina, entre

outros). Por recomendação da equipe médica, fez sessões de terapia cognitivo-comportamental e terapia ocupacional. Seus pais percebiam um claro empobrecimento mental, com um descaso com o que ocorria à sua volta, uma "falta de sentimentos" e total desinteresse. Os pais diziam não entender as crises, pois, segundo eles, o filho tomava os medicamentos regularmente.

Getúlio foi encaminhado para mim por um colega amigo da família. Permanecia com a risperidona, por ser o medicamento que, segundo os pais, dava mais resultados. Em virtude dos vários tratamentos realizados anteriormente, foi proposto o uso de clozapina após entrevista com os pais e o paciente para orientação sobre possíveis eventos hematológicos. Para surpresa de todos, o paciente se submeteu aos controles semanais sanguíneos, sem recusa e colaborativo, porém parecia indiferente a tudo. Foram administrados comprimidos de 50 mg de clozapina na primeira semana e posteriormente, em um mês, foram alcançados 400 mg diários em doses noturnas. Houve sonolência inicial e sialorreia, que foram toleradas pelo paciente. Após seis meses, ele se encontrava mais participativo, fazendo todas as refeições junto com a família. Passou a ler e jogar jogos eletrônicos. Não gostava de sair de casa. Aceitou fazer terapia ocupacional três vezes por semana. Quando completou um ano de uso de clozapina, comunicou que voltou a ler livros médicos e perguntou se seria possível exercer sua profissão novamente. Candidatou-se a concurso e foi aprovado. Entramos em contato com a junta médica admissional explicando a situação do paciente. A junta aceitou um período de experiência de dois anos. Foi combinado trabalho inicial em área de atendimento de funcionários e carga horária reduzida.

15

Dois meses após, Getúlio me procurou de emergência dizendo que estava com medo, pois passou a ficar desconfiado de algumas pessoas dentro de sua unidade de saúde. Voltou a pensar nas tramas, mas conseguia perceber que aquilo não era real. Associei mg de aripiprazol. Após três dias, o paciente voltou a se sentir bem. Sua contratação foi efetivada. É avaliado bimensalmente por mim, sendo que o comparecimento regular de Getúlio deve ser atestado para a junta médica de seu trabalho. Há três anos, permane- ce com 400 mg de clozapina e 15 mg de aripiprazol. Desempenha bem sua função de atendimento médico de funcionários, sendo frequentemente requisitado por todos. Foi convidado a assumir mais quatro horas diárias de trabalho.

DISCUSSÃO

Este caso reflete a evolução de muitos pacientes esquizofrênicos, em que a redução de sintomas positivos e de agressividade não leva a uma recuperação plena com retorno à produtividade conseguida anteriormente pelo sujeito. A permanência de sintomas cognitivos, negativos e depressivos se expressa em uma cronicidade da doença, a qual

passa a fazer parte da vida dessas pessoas. O conceito de que pacientes crônicos não se recuperam mais tem mudado ao longo dos últimos anos. A clozapina como padrão-ouro para quadros resistentes ou de difícil manejo ainda é subutilizada. Em nosso caso, a clozapina foi usada com sucesso para o restabelecimento de aspectos cognitivos e de sintomatologia negativa, permitindo ao paciente um retorno às suas atividades profissionais. Durante a evolução de seu último tratamento, houve um recrudescimento de

sintomas delirantes (os quais o próprio paciente reconheceu), mostrando melhora de seu juízo crítico da realidade e solicitando ajuda. A associação de aripiprazol em dose baixa permitiu o controle daqueles aspectos. A estratégia de combinação de clozapina com aripiprazol é hoje utilizada e se baseia em um efeito melhor do aripiprazol na ocupação de receptores D2, o que não foi alcançado pela clozapina. De qualquer maneira, relatos de caso.1 mostraram que o uso concomitante de aripiprazol com outros antipsicóticos de segunda geração piorou os sintomas psicóticos. No caso de Getúlio, a associação de técnicas de psicoterapia, terapia ocupacional e psicoeducação foi também de grande utilidade em sua recuperação funcional. Essas técnicas devem ser consideradas sempre.

4

O PAPEL DO AFETO NO DIAGNÓSTICO E NO TRATAMENTO

IDENTIFICAÇÃO Leonel, 25 anos.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

ALEXANDRE PAIM DIAZ

A consulta foi domiciliar. Leonel estava na sala de sua casa, em pé, com a barba por fazer. Não mantinha contato visual ou verbal e não obedecia a comandos. O olhar estava fixo, inexpressivo. Há cerca de oito dias recusava-se a comer e beber, inclusive água, evitava contato verbal e apresentava posturas estereotipadas. Alguns dias antes do início do quadro, houve piora do comportamento retraído e do isolacionismo e se negava a ir ao consultório médico.

1. Chan J, Sweeting M. Combination therapy with non-clozapine atypical anti-psychotic medication: a review of current evidence. J Psychopharmacol. 2007;21(6):657-64.

HISTORIA

Leonel é o filho mais velho de quatro irmãos: duas mulheres e o irmão mais novo. Após infância e puberdade saudáveis, fez uso de maconha durante a adolescência (sem re- latos de consumo de outras drogas ilícitas ou abuso de bebida alcoólica) e começou a apresentar prejuízo no desenvolvimento acadêmico e interpessoal. Não conseguiu manter os estudos universitários em sua segunda tentativa e evoluiu com uma redução gradativa na expressividade emocional e nos vínculos afetivos.

Alguns anos antes do quadro recém-descrito, Leonel já havia iniciado acompanhamen- to psiquiátrico ambulatorial, tendo sido diagnosticado com depressão e começado tra- tamento medicamentoso e psicoterapia, com adesão irregular a ambos. Meses antes da consulta domiciliar, o paciente praticamente não saía de casa, ficava assistindo à televisão, e seu contato com amigos ocorria apenas quando eles o procuravam.

ACHADOS

Exame físico e neurológico sem achados significativos. Testes laboratoriais e ressonância magnética do crânio sem achados de relevância clínica.

CURSO

Após 18 dias internado em hospital geral, recebendo alimentação e medicamento (loraze pam, 6 mg ao dia) via nasogástrica, Leonel teve alta e seguiu tratamento ambulatorial com olanzapina, 15 mg ao dia.

Durante seu acompanhamento ambulatorial, nas semanas seguintes à alta hospitalar, apesar da adesão à farmacoterapia, era evidente a redução significativa na expressão do afeto, além de um empobrecimento na comunicação verbal e não verbal. A resistência em se alimentar permanecia, mas aceitava o medicamento. Com o passar do tempo, Leonel

evoluiu com um pouco mais de iniciativa para auxiliar nas pequenas tarefas de casa e um maior contato interpessoal com a família.

Nas consultas, era claro um afrouxamento dos laços associativos, principalmente quando questões mais abstratas eram trazidas à entrevista. A manutenção da recusa alimentar motivou o reinício de alimentação nasogástrica, dessa vez domiciliar. Avolição, redução na modulação e na ressonância afetiva, prejuízo na abstração do pensamento e ideias delirantes de referência continuavam evidentes.

Somente após três meses da alta hospitalar, Leonel passou a se alimentar diariamente por via oral. Houve melhora na iniciativa e na interação familiar, embora mantivesse hipomodulação do afeto, pensamento concreto e ideias supervalorizadas de conteúdo referencial. Seus pais observavam limitações no pragmatismo, o que dificultava o retorno às atividades acadêmicas e o desempenho de atividade laboral.

Uma característica marcante da história clínica de Leonel, desde o início "pré-mórbi- do", após uma infância e puberdade saudáveis, diz respeito à diminuição na expressão afetiva e na interação social, com maior isolamento, além de prejuízo na forma do pensamento, com marcado comprometimento na associação das ideias. No entanto, curiosamente, o conteúdo das consultas quinzenais ao longo dos anos se voltava de modo predominante à sua família e ao amigo que restou. Não apenas na descrição dos fatos cotidianos, era clara uma preocupação genuína com o bem-estar da mãe, do pai e do irmão mais novo. Contava sobre as visitas que recebia de uma irmã que morava em outra cidade e da outra, que morava em outro país, bem como sobre um tio que os visitava com frequência e que mal chegava a sua casa e já começava a contar histórias que entravam madrugada adentro. As visitas desse tio eram momentos especiais para Leonel. A capacidade do tio de atrair a atenção das pessoas a sua volta quando contava

histórias impressionava Leonel. Descrevia as saídas com o único amigo que tinha, quando assistiam ao jogo de futebol e iam ao bar, apesar das orientações de seu médico quanto à importância da abstinência de álcool. Algumas semanas foram dedicadas à descrição de detalhes de uma viagem com seu pai, a primeira sem a presença dos demais membros da família.

As consultas pareciam um convite para participar de seu dia a dia, momentos em que ficava evidente seu afeto em relação às pessoas de seu convívio. Fui capaz de testemunhar como Leonel se sentiu em momentos marcantes de sua vida: quando se desentendeu com o amigo, com o falecimento do tio contador de histórias e principalmente após a morte do pai, vítima de um câncer diagnosticado poucos meses antes da viagem que fizeram juntos. Não havia desespero, apenas um silêncio maior que o de costume. Apenas quan- do contou do falecimento do pai, "seu grande amigo", presenciei um choro silencioso. Hoje, aos 40 anos, Leonel parece atencioso e carinhoso com a família. Queria estar em casa para receber a irmã e o sobrinho que acabara de nascer. Almoçava na mesa com a mãe, porque achava que ela preferia assim. Ajudava a preparar o churrasco nas festas que o irmão organizava e o jantar nos encontros que a mãe fazia. Aliás, a culinária era seu talento, e um investimento nessa atividade era um tema frequente nas consultas.

DISCUSSÃO

No final do século XIX, Emil Kraepelin ofereceu uma abordagem longitudinal no estudo da psiquiatria, sugerindo que havia diversos tipos de transtornos psiquiátricos, com evoluções diferentes. Em um período de justificada descrença no tocante ao método anatomopatológico vigente para o estudo da etiologia e da fisiopatologia das doenças

psiquiátricas, Kraepelin propôs diferenciar os transtornos com base em seu quadro clínico e prognóstico. A observação do curso da doença era fundamental para ele. Assim, dis- tinguiu dois tipos de quadros psicóticos, um que apresentava evolução mais favorável e outro com evolução mais reservada. O que os diferenciava fundamentalmente era a característica do afeto na apresentação clínica.

Hoje Leonel mora com sua mãe e irmão. A superação de uma doença de início preco- ce e com importante influência no curso de sua vida tem sido diária e alimentada em especial pelo afeto das pessoas que o cercam, justamente aquilo que, desde o início, sua doença parecia mais lhe subtrair.

5

JACKSON, CINCO ANOS BEM

IDENTIFICAÇÃO

GEDER GROHS, BIANCA SCHWAB

Jackson, 18 anos, filho único e solteiro.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Jackson veio à consulta trazido pelos pais. Seu pai era motorista de táxi e sua mãe cui- dava da casa, fazia e vendia doces sob encomenda. Informaram que, há cinco dias, o rapaz havia saído de uma internação psiquiátrica de duas semanas.

HISTÓRIA

Jackson sempre fora um aluno com notas razoáveis e com um bom relacionamento com colegas e professores. Entretanto, há cerca de um ano e meio, aos 17 anos, seu rendimento escolar começou a piorar progressivamente, e ele foi se tornando uma pessoa cada vez mais isolada. Aos poucos, seu contato com o mundo foi se restringindo aos adversários dos videogames de ação, com os quais jogava pela internet durante as madrugadas. Por isso, foi trocando a noite pelo dia, de forma que mesmo sua família pouco o via. Considerando que não teria mais como passar no terceiro ano do ensino médio, o pa- ciente abandonou a escola. Os pais consentiram, acreditando que se tratava "apenas de uma fase da adolescência e que passaria no ano seguinte, quando retornasse aos estudos".

No final daquele mesmo ano, seus pais convidaram dois primos de Jackson para passar uma temporada com a família. Esse fato parece ter contribuído para fazer Jackson voltar a conviver com os demais e a ter uma rotina de vida mais de acordo com os hábitos da família.

No ano seguinte, ele convenceu seus pais de que deveria estudar à noite, "pois, durante o dia, só havia pirralhos na sala". Não demorou muito para que voltasse a demonstrar as alterações que havia apresentado no ano anterior, e de forma ainda mais intensa: além de se isolar, Jackson colocou trancas e cadeados em seu quarto e passou a utilizar

as câmeras conectadas a seu computador para gravar a movimentação que ocorria do lado de fora da porta e da janela de seu quarto. A preocupação com a má alimentação e com a precariedade da higiene do paciente fez com que os pais forçassem a entrada no quarto e, após enfrentamento físico, o conduzissem a um serviço psiquiátrico, onde foi avaliado e hospitalizado.

ACHADOS

Jackson pouco falava na primeira consulta, deixando que os pais relatassem a situação. Levemente curvado, olhava para o chão e parecia se assustar com alguma facilidade. Sua movimentação estava lentificada, e, ao exame, observava-se rigidez muscular discreta nos

membros superiores. Traziam um informe da alta hospitalar em que constava que não haviam sido encontradas alterações clínicas ou neurológicas que justificassem o quadro psicótico que o paciente apresentava ao ser internado, nem indícios de uso de drogas nos exames realizados. O diagnóstico era de esquizofrenia paranoide, e a prescrição era a mesma de que estivera fazendo uso ao longo da internação: 3 mg de risperidona, três vezes ao dia.
Durante a consulta, a impressão diagnóstica correspondeu à do informe, somada a um efeito colateral induzido pelo medicamento: uma síndrome extrapiramidal (SEP) de leve a moderada. Foram fornecidas amostra da risperidona de referência e orientação para que diminuísse a dose de 9 mg ao dia para 5 mg à noite e retornasse em uma semana para nova avaliação.

CURSO

No quarto dia após a primeira consulta, os pais telefonaram preocupados com a "piora do quadro" e pediram para antecipar o retorno do paciente. Por ocasião do exame, observou-se que "a piora" se referia a uma intensificação da SEP. Fato curioso, uma vez que a dose havia sido reduzida quase à metade, o que nos fez questionar se anteriormente o paciente vinha de fato tomando o que havia sido prescrito ou se o medicamento anterior tinha a qualidade e a concentração nominal. Nessa ocasião, a dose da risperidona foi reduzida para 3 mg à noite e foram acrescidos 25 mg de prometazina e, pela manhã, 2 mg de biperideno. Uma nova avaliação foi agendada para três dias depois. Feito esse ajuste, o paciente seguiu em monoterapia com 3 mg de risperidona à noite.
Conforme foi melhorando, Jackson pôde contar que, na época em que estava ruim, acreditava haver uma conspiração entre os jogadores da internet para aniquilá-lo, inicialmente no jogo e logo também na vida real. Conta que conseguia ver nas entrelinhas das mensagens que os jogadores trocavam entre si sinais claros do conluio que era tramado.

Muitas vezes, mesmo com o computador desligado, tinha a sensação de ouvir comentários sobre sua intimidade e críticas sobre sua pessoa.
Ao cabo de dois meses, o paciente já apresentava uma boa crítica com relação ao que havia passado e já tinha retomado a rotina familiar, social e acadêmica de antes de adoecer. Tudo evoluía bem, até que, no sexto mês, ele deixou de comparecer às consultas. Três meses depois, os pais entraram em contato informando que Jackson havia sido novamente internado, com um quadro muito semelhante ao da primeira hospitalização. Mais uma vez, o paciente respondeu bem a uma dose relativamente baixa de risperi- dona (3 mg) e retornou ao nível de funcionamento anterior. Novamente, cerca de seis meses depois, começou a postergar as consultas. Foi mais uma vez abordada, com o paciente e com a família, a necessidade de uso regular do antipsicótico. Apesar da
aparente concordância de todos, o paciente voltou a piorar.
Entre outros problemas, como o afastamento dos amigos e o estresse familiar, era a terceira vez que o paciente abandonava o último ano do ensino médio. Ficava claro que, apesar da crítica relativa aos sintomas, Jackson não os via como decorrência de uma doença que necessitava de tratamento contínuo. Sempre que voltava a melhorar, acabava repetindo o discurso de que "desta vez teria aprendido com a crise" e que de controlá-la" caso voltasse a ameaçá-lo.
"seria capaz
O tratamento seguiu por mais alguns meses com altos e baixos (tanto dos sintomas quanto da dose da risperidona), principalmente devido ao uso irregular do medicamento, decorrente

do baixo insight que o paciente tinha de sua doença. Então, com 20 anos, Jackson e sua família aceitaram que o antipsicótico fosse administrado não mais por via oral, mas por meio de injeções intramusculares de longa ação. Considerando a boa resposta que o paciente tinha à risperidona, mesmo em baixas doses, e a questão do custo do fármaco, optou-se pelo uso de decanoato de haloperidol (uma ampola de 50 mg intramuscular ao mês). Uma vez que essa apresentação leva cerca de três meses para atingir um estado de estabilização no organismo, o comprimido de risperidona foi substituído por solução oral de haloperidol, sendo lenta e progressivamente descontinuado ao longo do tempo.
Jackson se adaptou bem ao uso do antipsicótico injetável de longa ação e, hoje, aos 25 anos, mantém as consultas, concluiu a faculdade de Gastronomia e trabalha regular- mente no setor. Tem uma noiva, com que pretende casar-se e sair da casa dos pais.

DISCUSSÃO

Jackson teve seu primeiro surto psicótico aos 18 anos, ou seja, na faixa etária em que a doença se manifesta para a maioria dos pacientes. Como não é incomum ocorrer, ele já

vinha com sintomas um bom tempo antes, mas eles foram confundidos pelos pais com o que poderia ser "uma adolescência um pouco mais complicada”.
A esquizofrenia é caracterizada por vários sintomas, que podem ocorrer em diferentes graus e em distintas combinações. Os sintomas mais chamativos da doença costumam ser reconhecidos pelo público (e muitas vezes explorados de forma sensacionalista pelas mídias): perda do juízo crítico, delírios e alucinações (os chamados sintomas positivos), que acarretam alterações de fala e de comportamento. Eles ocorrem de forma mais intensa durante os períodos de crises, os surtos da doença. Fora dessa fase aguda, é possível perceber sintomas mais sutis, como alterações na cognição (p. ex., atenção, memória), na vontade, na capacidade de administrar seus afetos e de sentir prazer pelas coisas, etc.
Nessa fase, muitos pacientes reconhecem que não estavam bem durante o surto, mas não são poucos os que acreditam que aprenderam a controlar as crises (falta de insight), como se elas dependessem de sua força de vontade (imaginem um diabético dizendo que aprendeu a controlar a glicemia depois de uma crise que o tenha levado ao hospital e que agora poderá abandonar a insulina).
Ao que sabemos hoje, o uso irregular do antipsicótico é a maior causa de novos surtos e hospitalizações. Essa situação costuma piorar a evolução da doença e o prognóstico como um todo. Felizmente, Jackson seguiu respondendo bem ao tratamento, não só após a primeira crise. Todavia, não é uma boa ideia seguir apenas observando para ver quantas crises um paciente ainda pode suportar, uma vez que elas podem deixar lesões neuroquímicas irreversíveis. Por essa razão, Jackson passou a fazer uso do antipsicótico injetável de longa ação (30 dias) que é oferecido na rede básica de saúde. Afortunadamen- te, uma dose baixa de decanoato de haloperidol foi suficiente para mantê-lo sem crises, permitindo, assim, que ele retomasse sua vida familiar, social e laboral.

6
DIMINUINDO O RISCO DE SUICÍDIO

ALEXANDRINA MARIA AUGUSTO DA SILVA MELEIRO, SÉRGIO MELEIRO

IDENTIFICAÇÃO

Marcos, 26 anos, natural de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Marcos foi levado à consulta psiquiátrica contrariado. Não colaborou durante a consulta, foi ríspido e gritou com sua mãe e com o médico. Sentia-se mais tranquilo apenas com a avó. Inicialmente, foi realizado o diagnóstico de depressão psicótica, sendo prescrito fu- marato de quetiapina, 100 mg duas vezes ao dia. Marcos passou a tomar o medicamento, mas somente quando lhe era dado pela avó. Ficou menos agressivo e parou de gritar. Entretanto, não abria seu computador por causa do medo. Após seis semanas, o quadro continuava inalterado, sem melhora, e o medicamento foi ajustado para 400 mg ao dia. A avó começou a observar que Marcos estava pior, parecia mais delirante e autor- referente. Com muito medo, ele ficava no colo dela pedindo que o protegesse e que não deixasse que o matassem. Marcos dizia que, depois de ele deixar o computador fechado, os personagens começaram a usar a televisão, o rádio e qualquer outro tipo de aparelho eletroeletrônico da casa. Chorando, ele dizia à avó e à mãe que não queria mais tomar remédios, não queria mais ser visto como doente esquisito, que preferia morrer. Durante a madrugada, a avó acordou devido ao barulho vindo do quarto de Marcos. Ao entrar, encontrou-o pendurado, segurou-o pelas pernas e gritou para que a mãe de Marcos vies- se ajudá-la. Dois vizinhos do prédio foram até o apartamento devido os gritos da avó e ajudaram a socorrer o rapaz e o levaram ao hospital, felizmente ainda com vida. Marcos tentara suicídio por enforcamento em seu quarto. No hospital, passou por avaliação clínica, neurológica e ortopédica. Foi constatada uma espondilolístese traumática no áxis e preconizado tratamento conservador. O paciente ficou internado no hospital geral, e a forma de tratamento utilizada foi o gesso minerva, sem halo, por não haver fratura. Ainda no hospital, também foi realizada avaliação psiquiátrica.

HISTORIA

Quando tinha 16 anos e morava em Porto Alegre, Marcos apresentava comportamentos bizarros (sic) e não se adaptava nas escolas. Dois anos após a separação dos pais, ele e a mãe mudaram-se para São Paulo, para morar com os avós em função da dificuldade da mãe de trabalhar e cuidar dele.

A mãe de Marcos referiu que, há meses, o filho ficava em seu quarto, isolado, só no computador, com jogos de luta. Gritava quando alguém entrava no quarto. Não se alimentava, pois achava que havia veneno na comida, aceitando apenas alimentos empacotados, fechados, que consumia rapidamente para que não o envenenassem. A avó de Marcos comentou que o "menino" não estava bem, que a qualquer momento ele poderia fazer uma bobagem. Segundo ela, Marcos conversava com "ninguém". Por vezes ela escutava atrás da porta e percebia que ele sentia medo e vivia assustado. Conversava sozinho, não saía de casa com medo de ser perseguido pela polícia. Nos últimos dias, notou que ele não ligava mais o computador e que passou a ficar só deitado, com a cabeça coberta, apesar do calor, todo encolhido, assustado e com medo. Falando com seu neto, ela soube que os personagens dos jogos queriam controlar sua cabeça, que ficaram estranhos, diferentes e o ameaçaram de morte. Preocupada, comunicou a mãe. Então procuraram um médico, contrariando a vontade de Marcos.

ACHADOS

Marcos apresentava um quadro produtivo de alucinações auditivas, delírios autorreferen- tes e de perseguição, com piora acentuada dos sintomas, desesperança e medo que o levaram a tomar a decisão de pôr fim à sua vida. A escolha do método de alta letalidade revela que ele realmente desejava morrer. O sentimento de falta de esperança, que estava também presente no paciente, expressa que ele não via saída para sua situação de louco

esquisito e que preferia morrer. O desfecho para esse tipo de meio geralmente é a morte, sendo poucas as vezes em que observamos um final sem sequelas como o de Marcos. A equipe de saúde ficou admirada de ele ter sobrevivido, pois nesses casos é raro a pessoa chegar ao hospital. No momento exato, a agilidade da avó e o fato de ela correr ao ouvir o barulho da cadeira, conseguindo segurá-lo pelas pernas, contribuíram para que ele sobrevivesse e para que o próprio peso de seu corpo não causasse estrago em sua cervical.

CURSO

Ainda internado no hospital geral, o paciente apresentava delírio persecutório e quadro de alucinações muito evidente. Não teve alteração no nível de consciência, mostrando que não houve interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, frequente nos casos de enforca- mento. Optou-se por um neuroléptico de segunda geração, a risperidona, 2 mg ao dia por dois dias, chegando a 6 mg ao dia. Marcos teve melhora da autorreferência e das alucinações, e gradativamente, durante oito dias, passou a consumir a comida hospita- lar. Permaneceu três semanas no hospital, com boa evolução da coluna cervical, bem como do quadro psicótico, sem queixas do medicamento e com remissão dos sintomas positivos da esquizofrenia. O paciente recebeu alta com acompanhamento psiquiátrico e fisioterápico. Aceitou continuar o tratamento psiquiátrico, bem como fazer atividades com sua avó em uma organização não governamental (ONG) em trabalho com idosos. Felizmente, na casa da avó, Marcos encontrou estrutura para evitar um desfecho pior. Ele tem feito progressos, foi registrado com carteira de trabalho na casa de idosos, onde dirige um automóvel para levá-los a passeios, consultas médicas, etc. Quase todos os dias, Marcos trabalha no asilo, sendo bem quisto por todos. Continua seu tratamento e não se esquece de tomar o medicamento.

DISCUSSÃO

Neste caso, Marcos desde muito cedo apresentou sintomas que não foram valorizados, o que teria permitido a realização de um diagnóstico precoce de esquizofrenia e que os prejuízos da doença fossem minimizados. Não queria mais tomar os medicamentos, não queria mais ser visto como doente esquisito e preferia morrer. Avaliar ideação suicida nesses pacientes é fundamental para a prevenção de risco de suicídio. As tentativas de suicídio em pacientes com esquizofrenia geralmente ocorrem nos primeiros anos de doença ou durante os períodos de exacerbação dos sintomas psicóticos.

É importante dar maior atenção quando o paciente percebe sua real condição causada pela doença e quando estão presentes fatores como interrupção escolar, desemprego, sintomas depressivos, sentimentos de desesperança, alta hospitalar recente, isolamento social, ser do sexo masculino e ter idade inferior a 45 anos.[1] Nessas circunstâncias, o risco de suicídio é mais elevado nos pacientes esquizofrênicos. Durante o tratamento, tanto hospitalar quanto ambulatorial, é importante auxiliar o paciente a desenvolver habilidades e recursos para que consiga se reintegrar à sociedade com segurança e independência, bem como para evitar que um paciente com risco suicida receba alta hospitalar desa-

1. Meltzer HY. Treatment of suicidality in schizophrenia. Clin Sci Suicide Prev. 2001;932:44-60.

companhado. Um ambiente familiar com conflitos constantes e desestruturado, como o de Marcos antes da separação dos pais, não constitui um fator de proteção e pode impossibilitar o diagnóstico precoce e o plano de tratamento necessário.
O suicídio é a principal causa de morte prematura em esquizofrenia. Aproximadamente 10 a 13% das mortes de pacientes com esse transtorno são decorrentes de suicídio, apesar da ampla disponibilidade de tratamentos geralmente eficazes com antipsicóticos. Tentativas de suicídio foram relatadas entre 20 e 50% dos pacientes com esquizofrenia. Essa proporção de tentativas e/ou suicídio, quando comparada com outros transtornos, é consistente com maior letalidade de meios que são mais violentos e com as intenções, que são menos ambivalentes nessa população.2,3
Recentemente, um estudo canadense teve como objetivo identificar características demográficas, pessoais e específicas de suicídio que pudessem distinguir o suicídio em pessoas com esquizofrenia daqueles em pessoas com outra doença mental grave, como transtorno bipolar, e daqueles em pessoas sem doença mental. Foi feita a revisão de prontuários de um médico legista para 2.886 vítimas de suicídio em Toronto de 1998 a 2010. Do total das vítimas de suicídio, 258 formaram o que ficou definido como o grupo de esquizofrenia, dos demais, 169 tinham transtorno bipolar e 2.459 não tinha qualquer doença. A conclusão foi de que existem importantes diferenças demográficas relacionadas com o suicídio entre vítimas de suicídio com e sem esquizofrenia. Notavelmente, para esses autores, o suicídio na esquizofrenia parece mais orientado pela doença e ocorre por métodos mais violentos do que no grupo com transtorno bipolar ou naqueles sem doença mental. No século passado, Eugenio Bleuler, em 1950, descreveu o comportamento suicida como "o mais grave de todos os sintomas da esquizofrenia".5 Estudos longitudinais têm considerado os sintomas depressivos na esquizofrenia como um indicador de prognóstico desfavorável, com hospitalizações mais longas, pior resposta a medicamentos, pior.
Um trabalho teve como objetivo uma revisão da literatura atual a respeito dos sintomas positivos e negativos sobre o comportamento suicida na esquizofrenia. Alguns estudos mostraram que a fase ativa e a piora da doença aumentam o risco de suicídio entre aqueles
2. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschlaeger J, le Quach P, et al. Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis: the OPU trial. Br J Psychiatry. 2007;191(Suppl 51):s140-s6.
3. Besnier N, Gavaudan G, Navez A, Adida M, Jollant F, Courtet P, et al. Clinical features of suicide occurring in schizophrenia (1). Risk-factors identification. Encephale. 2009;35(2):176-81.
4. Sinyor M, Schaffer A, Remington G. Suicide in schizophrenia: an observational study of coroner records in Toronto. J Clin Psychiatry. 2015;76(1):e98-103.
5. Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ. O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Lemos Editorial; 2001.
* Makara-Studzińska M, Koślak A. Influence of positive and negative symptoms on suicidal behaviour
in schizophrenia. Review of current literature. Psychiatr Pol. 2009;43(4):411-20.

com diagnóstico de esquizofrenia. Dados contraditórios em outros estudos provaram que o suicídio de uma pessoa esquizofrênica não é um resultado de experimentar sintomas sobre a incidência de tentativas de suicídio feitas na esquizofrenia ainda é inconclusiva.
psicóticos. De acordo com a literatura sobre o assunto, a influência dos sintomas positivos E as opiniões de pesquisadores sobre os sintomas negativos estão divididas.

psiquiátrico constante, o que facilitará o tratamento adequado, assegurará a vida e Durante a permanência em hospital geral, o paciente deve receber atendimento proporcionará sua melhora. A internação, por si só, não é um tratamento, é somente um local no qual se estabelece uma relação terapêutica a fim de facilitar uma observação
mais adequada do paciente suicida.
Hipótese diagnóstica: tentativa de suicídio grave em paciente com quadro de esquizo- frenia paranoide (F20.0 da CID-10).
IDENTIFICAÇÃO
7 DOUTOR
CLAUDIANE SALLES DALTIO
Fabrício, 20 anos, solteiro, branco, residente em São Paulo.
MOTIVO DO ATENDIMENTO
Aos 20 anos, o paciente começou a enfrentar dificuldades no relacionamento com o pai e conflitos com a namorada. Passou a sentir-se sozinho, com dificuldade para terminar as tarefas no trabalho de técnico em química que exercia já há dois anos. Na festa de Natal, manifestou quadro de estranheza, não conseguiu falar com as pessoas e saiu andando sozinho. Na manhã seguinte, pegou um avião para o Rio de Janeiro para encontrar a Xuxa, artista da televisão brasileira com quem acreditava ter uma comunicação telepática, além de acreditar ser o pai da filha que ela esperava. Ficou quatro dias vagando pelas ruas do Rio de Janeiro. Foi resgatado por familiares e encaminhado para tratamento psiquiátrico.
HISTORIA
Fabrício é o segundo filho de uma prole de três meninos. Teve uma infância normal, com bom rendimento escolar (foi reprovado somente aos 14 anos, época da separação dos pais). Na adolescência, tinha amigos e relacionava-se com as meninas. Após a separação, sua mãe mudou-se de cidade com o novo namorado e deixou os filhos com o pai. Fabrício fez uso esporádico de maconha e cocaína até o início do quadro.
O pai faleceu logo depois do primeiro surto do paciente. O irmão mais velho sempre foi sua referência de família. O irmão mais novo é uma pessoa bastante complicada, com filhos de vários relacionamentos e histórico de abuso de álcool e drogas. A mãe e
o irmão mais novo passam algumas temporadas na casa onde o paciente reside. Seu grande companheiro é um cão, que está com ele há 11 anos.

Há dois anos, Fabrício enfrentou também a morte do irmão mais velho por complica- ções advindas do fato de ser portador de HIV, condição que a família desconhecia e da
qual só ficou ciente após o falecimento dele.
ACHADOS
No primeiro contato, o paciente apresentava-se consciente, orientado, desconfiado, com humor eutímico e afeto muito ansioso, pensamentos de curso normal, com forma ten- dendo à desagregação e conteúdo delirante de autorreferência, presença de alucinações auditivas e juízo da realidade comprometido. Não foram encontradas alterações no exame
físico nem nos testes laboratoriais ou de imagem solicitados.
CURSO
Fabrício iniciou o tratamento logo após o primeiro surto. Chegou a fazer uso de haloperidol e risperidona com pouca melhora-questionando-se, aqui, se havia adesão ao tratamento. Após um ano do início do quadro, o medicamento foi substituído por olanzapina, com a qual o paciente obteve remissão dos sintomas psicóticos e se mantêm estável até o presente

momento. No terceiro ano de curso da doença, o paciente chegou a ser conside- rado esquizoafetivo devido à presença de alguns sintomas depressivos. Foi introduzido lítio, que usou por cinco anos. Fabrício interrompeu o medicamento por conta própria, o qual não foi reintroduzido devido à revisão diagnóstica que novamente considerou o quadro como esquizofrenia. Fez uso de fluoxetina e atualmente usa sertralina com bom controle dos sintomas depressivos.
Na época, entrou na faculdade de Química e se graduou após quatro anos de curso, no tempo regular. Na sequência, matriculou-se no mestrado em uma universidade bra- sileira pública e conceituada e concluiu-o também em tempo regular. Após o mestrado, inscreveu-se no curso de doutorado na mesma universidade e concluiu-o no tempo regular, tendo publicado cinco artigos em colaboração com outros integrantes do labora- tório que frequentou.
Apesar da boa evolução no oitavo e no nono ano de histórico da doença, o paciente chegou a parar o medicamento antipsicótico por conta própria por 2 a 3 meses. Sem o medicamento, apresentou-se de modo descuidado, com discurso incoerente e com conteúdo de ideias mágicas e autorreferentes. Retomando o uso do medicamento, houve remissão da sintomatologia.
Um colega do paciente, hoje docente em outra universidade, convidou-o para traba- lharem juntos, colocando a possibilidade de o paciente vir a desenvolver seu projeto de pós-doutorado.

D
Na vida pessoal, o paciente tem alguns amigos, embora os laços mais importantes sejam com os familiares. Tem boa relação com as pessoas com as quais trabalha, mas a relação profissional poucas vezes se projeta para o campo pessoal. Não teve mais namoradas desde o início do surto. A realização de psicoterapia associada ao tratamento medicamentoso teve fundamental papel de suporte na história desse paciente.
O exame psíquico atual mostra que o paciente encontra-se consciente, orientado no tempo e no espaço, com apresentação adequada, contato fácil, psicomotricidade mi- nimamente diminuída, pensamento agregado e sem conteúdo delirante, contudo, com presença de algumas ideias peculiares sobre sonhos e a possibilidade de eles se relacio- narem com eventos particulares de sua vida de maneira significativa. A sensopercepção permanece sem alteração, a atenção espontânea e a voluntária estão normais, a memória encontra-se preservada e o juízo e a crítica da doença estão presentes.

DISCUSSÃO

Trata-se de um quadro de início compatível com a faixa etária de aparecimento da maior parte dos primeiros episódios psicóticos esquizofrênicos. O paciente apresenta necessidade de manutenção do tratamento antipsicótico e atualmente tem consciência disso. Tem bom vínculo com os profissionais que o acompanham e, nos últimos 10 anos, não interrompeu mais o uso do medicamento por conta própria. Mesmo após 19 anos de história de doença, apresenta preservação cognitiva que permitiu que se pós-graduasse em sua área de atuação e que continue exercendo atividade de pesquisa acadêmica. Apesar da apresentação adequada e do bom contato, em alguns momentos o paciente mostra-se mais retraído socialmente. A despeito disso, consegue manter um bom relacio- namento com os colegas de trabalho, alguns amigos e familiares.
Como desafio em relação a esse paciente, há o objetivo de mantê-lo exercendo suas funções de pesquisa acadêmica, o que realiza com grande sucesso, e ajudá-lo no de- senvolvimento de uma rede social mais ampla e integrada.

8

ERIK E SUA VOLTA AO BRASIL

IDENTIFICAÇÃO

EDUARDO DAURA FERREIRA

Erik, 24 anos, branco, natural do interior do Rio Grande do Sul. Mora com a namorada em um apartamento alugado pelo pai, na cidade de Porto Alegre. Formou-se no ensino médio, mas não trabalha e nem estuda.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

O paciente veio à consulta trazido pela mãe. Havia morado no exterior por quatro anos e retornado ao Brasil há quatro meses. Há cerca de uns 10 dias, pouco após as festas de fim de ano, quando toda a família se reuniu, Erik passou a se mostrar muito desconfiado. Acusava a irmã, o cunhado e a mãe de estarem fazendo magia negra e macumbas contra ele. Dizia que determinadas estátuas e quadros na parede, assim como o jeito dos familiares se vestirem, denunciavam um completo complô contra ele.

HISTORIA

Erik mesmo relata que, na adolescência, fumava maconha e que, aos 16 anos, teve um surto psicótico. Na ocasião, esteve internado, com o diagnóstico de esquizofrenia, fazendo uso de haloperidol associado a eletroconvulsoterapia.

Conta que, nesse período, seus pais se separaram, pois o pai era muito agressivo. Este foi diagnosticado com transtorno bipolar, mas nunca usou regularmente o carbonato de lítio que lhe foi indicado. Erik nega fases alteradas de humor, isoladas ou associadas aos episódios psicóticos que apresentou.

Refere, também, que já fez uso de risperidona, mas que se esquecia de tomar o medicamento e acabava parando. Posteriormente, conta que ganhou muito peso com a olanzapina e que teve um período bastante tranquilo quando usou clozapina, porém não seguiu com o medicamento, pois salivava muito e ficava muito sonolento durante o dia.

Próximo de completar 20 anos, Erik foi morar na Europa (Milão e Barcelona), para tentar a vida como caminhoneiro e ajudante em restaurantes. Nesse período, conheceu a atual namorada, mas sempre brigaram muito, pois, segundo ela, ele era muito ciumento e desconfiado das pessoas. Conta que ele não fez sequer uma amizade nesses anos e que também não a deixava ter amigos. Após quatro anos, retornaram ao Brasil para rever os familiares e porque a situação na Europa não estava boa para empregos.

ACHADOS

No exame do estado mental, o paciente se mostrava em delírio paranoide e de referência franco. Não foram detectados alterações de humor, patologias clínicas ou uso de substâncias que pudessem estar relacionados ao quadro. Confirmado o diagnóstico de esquizofrenia, deu-se início ao tratamento.

CURSO

Erik aceitou voltar a tomar a risperidona, pois, segundo ele, havia tido a melhor relação custo-benefício. Segue até hoje sem usar drogas ou abusar de bebidas alcoólicas. No primeiro ano de tratamento, passou boa parte das consultas acusando seu pai de não querer saber dele, de maltratá-lo e de não ajudá-lo financeiramente, uma vez que o pai é um empresário bem-sucedido (o que é fato). Não conseguia ver que o pai o socorria financeiramente sempre que precisava.

No segundo ano de tratamento, apresentou um novo episódio psicótico, igualmente paranoide. Havia mudado de apartamento e estava desconfiado que os vizinhos e sua família estavam novamente fazendo macumba para prejudicá-lo. Chegou a sair à rua para abordar carros e pedir ajuda. Tempos depois, foi encontrado pela polícia rodoviária federal em meio a uma estrada de alta velocidade. Tinha os pés muito machucados de tanto caminhar descalço.
Ao sair da internação, confidenciou que vinha falhando muito o uso do medicamento via oral e aceitou trocar para a apresentação injetável polímero de risperidona intramuscular (IM), a cada duas semanas. Pouco tempo depois, com o surgimento de outro antipsicótico de segunda geração injetável mensalmente, optou-se pela troca do medicamento para palmitato de paliperidona, 150 mg a cada quatro semanas.

DISCUSSÃO

Com o uso regular do antipsicótico injetável de longa ação, o quadro de Erik se estabilizou. Ele ingressou em uma faculdade de Direito de uma instituição privada conceituada e sua vida pessoal tornou-se mais estável.
Agora, aos 29 anos, ainda que se queixe de não ter muitos sentimentos e não conse- guir guardar informações na cabeça, formou-se e foi aprovado na prova da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), tem outra namorada e pensa em se casar.
Mesmo com nível superior de educação, seu juízo crítico acerca de sua doença é pobre: acha que tudo que ocorreu com ele era decorrência dos anos em que fez uso de drogas e por ter tomado medicamentos para o sistema nervoso antes das injeções. Apesar disso, segue com as consultas e fazendo uso do antipsicótico injetável, pois consegue notar os ganhos que teve em sua vida.

9

ANTIPSICÓTICO DE LONGA AÇÃO E EMPODERAMENTO

BRUNO ORTIZ, ARY GADELHA, RODRIGO AFFONSECA BRESSAN

IDENTIFICAÇÃO

José, 43 anos, físico formado na Universidade de São Paulo (USP). Natural de São Paulo, tem dois filhos (7 e 9 anos de idade) e está divorciado há cerca de seis anos.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

José mostrava-se muito aflito com sua família, com sentimentos de insegurança e impo- tência, uma vez que, em episódios anteriores de suas crises, seus familiares haviam interferido sistematicamente na conduta do médico. Havia o medo de ser interditado pela família e de perder a guarda dos filhos. Por isso, procurou atendimento com um novo psiquiatra.

HISTÓRIA

Em 1998, José encontrava-se na Holanda, realizando doutorado na Universidade de Maastricht. Teve um desentendimento com seu orientador por conta de divergências quanto a sua tese. Devido a esse conflito, havia a possibilidade de encerrar sua carreira na Holanda e não concluir o doutorado. Logo em seguida, passou a dizer que havia feito descobertas científicas muito importantes e que, por conta disso, seu professor e outros acadêmicos o estariam perseguindo no intuito de roubar suas ideias. Esse quadro evoluiu, e José dizia que estavam conspirando contra ele, tentando associá-lo ao tráfico de dro- gas. Foi, então, levado a um psiquiatra. Esse primeiro surto resultou na interrupção do doutorado na Holanda. Ao chegar ao Brasil, ficou internado por cerca de um mês com uso de haloperidol. Manteve esse medicamento por cerca de quatro anos, porém com internações

psiquiátricas sucessivas. Devido ao receio que a família tinha em relação à não compreensão por parte do paciente (que se considerava um "barco à deriva") e à constante troca de médicos, José não aderia corretamente ao tratamento e mantinha seus

sintomas oscilando entre períodos de melhora e piora, nos quais se tornava agressivo e comprometia a relação familiar.

ACHADOS

O paciente apresentava-se muito angustiado com o fato de ter que tomar medicamentos que atrapalhavam seu desempenho acadêmico (estava tentando retomar o doutorado na Faculdade de Física da USP) e sentia-se descontente e ressentido com seus familiares, que pretendiam interditá-lo. Relatava, com certa crítica, seus sintomas de autorreferência como "Fico querendo achar pelo em ovo". Além disso, sentia-se muito inseguro quanto a sua família, pois acreditava que ela podia interná-lo a qualquer momento. Achava que havia chegado ao fundo do poço após um divórcio precoce e sentia que precisava retomar as rédeas de sua vida.

CURSO

Logo nas primeiras consultas, ficou combinado que o psiquiatra iria conduzir o tratamento médico enquanto o psicanalista iria intermediar a relação com a família, ou seja, o psiquiatra não entraria em contato com a família para não ser influenciado por eles. Foi explicado ao paciente a importância da adesão ao tratamento e que a dose do medicamento seria negociada apenas entre médico e paciente. Inicialmente, ficou acordado que José receberia doses mensais de uma ampola e meia de decanoato de haloperidol (essa apresentação permite que o medicamento permaneça no corpo por 20 a 30 dias após a aplicação intramuscular). Nas consultas seguintes, José deveria trazer o comprovante da administração do medicamento. No decorrer das consultas, houve uma considerável melhora do quadro: José passou a ficar menos dependente de seus familiares, interrompeu o tabagismo, conseguiu perder peso, iniciou atividades físicas (caminhada diárias e pilates uma vez por semana) e sentia-se satisfeito por poder dedicar-se mais aos filhos e ter diminuído os conflitos com a ex-mulher. Na sexta consulta, referia que havia sido aprovado para o doutorado, mas que sentira uma leve depressão durante a viagem com os filhos. A dose de decanoato de haloperidol foi ajustada para uma ampola e um quarto por mês, e, na consulta seguinte, José referiu total melhora da depressão e trouxe a boa notícia de que conseguiu sair com os amigos da faculdade e com a família. No entanto, pouco antes da oitava consulta, ligou informando que os sintomas de perseguição haviam piorado, resultando em mais uma dose de haloperidol decanoato naquele mês. O aumento da dose foi seguido de rápida melhora dos sintomas. José manteve-se estável desde então, com sua admissão no doutorado, com melhora da relação com familiares e assegurou a formação de novos vínculos sociais com acadêmicos da faculdade. Ao longo de mais

três anos, no trabalho com seu psicanalista, foi progressivamente entendendo melhor seus sintomas paranoides, identificou os gatilhos e ficou mais empoderado para poder superá-los. Percebeu que os sintomas geravam nele um comportamento hostil que, por sua vez, aumentava a paranoia. Essas conquistas foram muito importantes para sua autoestima, pois não se sentiu mais à mercê de sua "loucura" (doença).

DISCUSSÃO

Apesar da presença de sintomas psicóticos de gravidade moderada, no início do tratamento, foi dado um voto de confiança para o paciente, que foi progressivamente sendo empoderado e motivado com a melhora, correspondendo ao empoderamento, o que gerou um círculo virtuoso. Uma vez estabilizados os sintomas psicóticos (sentir-se perseguido), o paciente passou a lidar com os problemas de dinâmica familiar de forma mais saudável, menos impulsiva, tendo mais noção do conceito de projeção (dele e dos outros) e de alteridade, o que o ajudou muito a encarar a realidade. Em contrapartida, a atitude mais madura do paciente tornou seus sintomas mais compreensíveis para a família, que, a partir desse momento, não se sentia refém de José e não mais precisou recorrer a medidas extremas como internação involuntária ou interdição. O controle da paranoia permitiu, ainda, que o paciente se concentrasse nos problemas reais de seu doutorado e não em temáticas delirantes, como achar que havia descoberto algo importante. Concentrou-se em um tópico de pesquisa relevante e original e estabeleceu uma relação produtiva com seu orientador, o que vem permitindo que evolua.

O conceito de superação vai além da simples remissão sintomática e envolve o esforço do paciente em superar suas limitações, desidealizando paulatinamente situações cotidia- nas e assumindo de modo progressivo o controle de sua vida, inclusive nas recaídas, podendo contar com um tratamento independente, que corrobora o empoderamento. A dinâmica familiar mostra sinais de evolução. Conforme o próprio paciente, é preciso ter muita humildade nesse processo todo, e a digestão de frustrações, fundamental para a estabilidade do processo, pode ser potencializada com um trabalho sério de psicanálise com profissional treinado para atender portadores de esquizofrenia.

on

daquelas preconizadas, sempre apresentava uma resposta apenas parcial. Isso o levou persecutórias e heteroagressividade. Em uma delas, seu pai tentou contê-lo, e o paciente a várias internações, sempre caracterizadas por alucinações auditivas, ideias delirantes o agrediu com uma faca, causando ferimentos graves, motivo pelo qual passou a responder processo judicial.

IDENTIFICAÇÃO

Jonas, 34 anos, já havia passado por diversos atendimentos.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Os familiares de Jonas nos procuraram porque ele estava internado em um hospital psiquiátrico no interior de São Paulo pela nona vez e temiam que a história das internações anteriores se repetisse: Jonas ficava um período relativamente bem e depois, de modo invariável, recaía, às vezes com sérias consequências para sua vida e sua família. Assim, solicitaram que o paciente fosse transferido para o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP) e passasse para nossos cuidados. O que foi feito.

HISTORIA

De fato, a história de Jonas tem contornos muito dramáticos: os primeiros sinais da doença surgiram por volta dos 19 anos, quando o paciente estudava Direito e fumava maconha, e eram caracterizados por sintomas depressivos. Na ocasião, o paciente foi tratado com

antidepressivos e desenvolveu agitação psicomotora grave, sendo internado com o diagnóstico de transtorno bipolar, mas fugiu. Segundo a família, na época, foi tratado com lítio e outros estabilizadores do humor, como carbamazepina e divalproato, sem resultados. Passou a desenvolver ideias de perseguição acompanhadas de alucinações auditivas, também de cunho persecutório, que o levaram a uma nova internação. Dessa vez, com o diagnóstico de esquizofrenia paranoide, foi tratado com haloperidol, com melhora significativa. Entretanto, apesar de aderir ao tratamento, o paciente passou a não responder ao haloperidol. Procurou, então, vários médicos, tendo sido tratado praticamente com todos os antipsicóticos de segunda geração disponíveis (risperidona, olanzapina, aripiprazol, quetiapina). Às vezes, mesmo em doses acima
ACHADOS
Jonas não tem outros antecedentes médicos significativos, exceto a história de uso de maconha desde os 16 anos e algumas fraturas de braço e pernas em consequência de suas fugas do hospital e brigas com colegas.
CURSO
Evidentemente, tratava-se de um quadro de esquizofrenia refratária a antipsicóticos, com indicação formal para tratamento com clozapina. Esse medicamento foi introduzido com monitoramento hematológico, conforme preconizado. Jonas tolerou bem a clozapina desde o início, apresentando total remissão do quadro psicótico com a dose de 400 mg ao dia, tendo alta do IPq e passando a ser acompanhado em ambulatório. Paralelamente, foi encaminhado para terapia cognitivo-comportamental.
A evolução de Jonas foi excepcional, pois permaneceu em total remissão do quadro psicótico e jamais voltou a ser internado. Além disso, decidiu retomar os estudos. Hoje trabalha com o pai, que é advogado. Após se apresentar cinco anos perante o juiz para comprovar tratamento, Jonas cumpriu a sanção imposta pela Justiça em decorrência da agressão ao pai.
Além da excelente resposta ao tratamento com clozapina, a psicoterapia foi fundamen- tal para a recuperação de Jonas.
Os primeiros atendimentos foram realizados na enfermaria do IPq-HCFMUSP, onde esteve internado. No início do tratamento, buscou-se o desenvolvimento de uma aliança terapêutica, que foi a mola propulsora para a continuidade e a adesão à psicoterapia e ao tratamento medicamentoso. Os princípios de aceitação, apoio e cooperação estabele- cidos foram fundamentais para a instauração das metas a serem alcançadas. No início, Jonas apresentava construções delirantes rígidas que resultavam em isolamento social e acentuado empobrecimento das atividades rotineiras. Era importante ele compreender os sintomas do transtorno psicótico para ter redução gradual da ansiedade e dos sintomas depressivos.
Ter esperança na recuperação colaborou no processo terapêutico e favoreceu uma evolução positiva do caso. A família teve papel importante, pois, desde o início, esteve
on
DS
0,
es
e
O
al.
S:
or

engajada no tratamento e aceitou as orientações, com melhora nas estratégias de enfren- tamento dos sintomas positivos e negativos apresentados pelo paciente.

Ao longo dos anos, com a frequência semanal aos atendimentos, foi possível conferir ao paciente habilidades para produzir mudanças duradouras e, aos poucos, motivação para estudar. As vivências e experiências concretas no dia a dia foram importantes para o enfrentamento das dificuldades, ou seja, a exposição in vivo, resultando em maior con- fiança em sim mesmo. O curso pré-vestibular foi o primeiro passo para que o paciente desenvolvesse e treinasse as habilidades sociais e para estimular as funções cognitivas de atenção e memória. Um dos objetivos era recuperar o tempo perdido em razão dos momentos de crise. O curso pré-vestibular, por ser um ambiente novo e com grau intenso de exigências, foi um estressor externo e desencadeante de conteúdos delirantes. Jonas dizia: "Sou admirado quando entro na sala, as meninas e os meninos olham para mime eu já me destaco no cursinho". Esses conteúdos foram trabalhados, e o paciente perce- beu que estava tendo muitas dificuldades no estudo e também que não conseguia fazer amigos. A identificação das associações que fazia entre pensamentos, sentimentos e comportamentos, por meio dessas vivências, aos poucos levou o paciente a reconhecer quais eram os fatores desencadeantes das dificuldades que estavam presentes naquele momento de sua vida. Apesar de ele ter desistido do curso pré-vestibular, essa experiên- cia foi necessária e importante para traçar metas mais realistas para a retomada dos estudos. Uma das estratégias disfuncionais que Jonas usou quando se sentiu frustrado nos estudos foi a compulsão por atividade física, alimentação e compras. Atualmente, as atividades físicas são fonte geradora de saúde e bem-estar, colaborando para o aumento da autoestima. Ao longo do tratamento, ocorreram vários momentos de instabilidade, pois o paciente não conseguia manter-se focado nas tarefas. Ele foi orientado a manter-se nas atividades acordadas quando percebesse um grau de ansiedade. O envolvimento nessas atividades reduziria os comportamentos inadequados de segurança (busca de curas miraculosas em igrejas e centros espíritas). As experiências positivas anteriores reasseguravam que seria capaz de reverter os momentos instáveis, sendo evidências concretas de sua real capacidade interna.

Outra atividade importante de interesse e prazer foi o contato com animais. Ao assumir responsabilidades nos cuidados e ter disciplina, Jonas pôde manter-se em suas raízes e resgatar a confiança em si mesmo e nos afetos.

DISCUSSÃO

Hoje, aos 41 anos, os objetivos do paciente são finalizar os estudos (curso de técnico em construções), conseguir estabilidade financeira por meio do trabalho e sociabilizar (perder alguns medos e frequentar bons lugares).

Ao refazer sua história pessoal, o paciente relatou: "Eu era um cordeiro antes da doen- ça e virei um lobo". Isso em razão de impulsos agressivos, comportamentos desajustados, envolvimentos com pessoas não idôneas e usuários de drogas. O paciente reconhece que não tinha crítica, que decidiu ser um "bad boy" porque precisava defender-se das pessoas que zombavam dele e o agrediam com palavras e fisicamente. Hoje, diz ficar incrédulo ao lembrar e pensar como alguém pode fazer tantas "loucuras" como fez. Jonas foi uma

pessoa que apresentava delírios, alucinações, comportamentos desa- justados, dificuldades cognitivas. Hoje, com total crítica da doença, está conseguindo refazer a cronologia de sua história e feliz com a evolução positiva. Os planos para o futuro são claros, ele sabe que terá dificuldades no caminho, mas sempre terá disposição escolher as estratégias possíveis e realistas para atingir as metas. Este é um caso de superação real.
para

11
O PONTA DIREITO TÍMIDO
IDENTIFICAÇÃO
PAULO BELMONTE-DE-ABREU
Levy, estudante universitário de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
MOTIVO DO ATENDIMENTO
Levy me procurou quando estava com 22 anos. Veio com os pais, que discordavam do diagnóstico anteriormente dado ao filho. O quadro psicótico que Levy havia apresentado anos antes estava controlado, mas o paciente continuava muito isolado das pessoas. Tinha feito uso de antidepressivos e olanzapina, que continuava tomando, mas sem resposta.
HISTÓRIA
Aos 20 anos, Levy havia vivenciado sintomas psicóticos, tais como delírios místicos e de perseguição, crenças sobre o fim do mundo e de que estava sendo observado e monito- rado por um grupo secreto de iluminatis, que seriam pessoas imortais que controlam o mundo. Ao longo de noites passadas na internet buscando pistas para prever quando o mundo terminaria, Levy descobriu esses grupos iluminatis e chegou à conclusão de que sabiam que ele pesquisava a seu respeito e o haviam detectado como uma ameaça a ser afastada. Depois dessa conclusão, isolou-se ainda mais. Parou de trabalhar e começou a ficar agressivo com a irmã, dois anos mais velha, quando ela comentava que ele ficava tempo demais no computador (passava as noites inteiras conectado). Chegava a ameaçá-la com uma faca quando ela insistia nesses comentários.
Alguns meses antes, Levy havia sentido uma forte paixão por uma colega de trabalho. Após breves conversas que tiveram sobre assuntos profissionais, concluiu que ela tam- bém estava apaixonada por ele. Assim, enviou um e-mail revelando seus sentimentos à colega, que se afastou dele sem fazer qualquer comentário. Depois desse evento, Levy passou a se trancar no banheiro de seu quarto, levando junto um colchão, onde dormia durante o dia. À noite, ficava no quarto, pesquisando sites sobre o apocalipse e

sociedades secretas. Nessa época, passou mais de duas semanas sem tomar banho. A situação eclodiu quando, após retornar de um fim de semana na praia, a família en- controu a casa desorganizada, com o piso da cozinha urinado e Levy andando nu de um lado para o outro. Ao ser questionado sobre o ocorrido, ele começou a pular de forma repetida na cama dos pais.
Então, seus pais o levaram para atendimento psiquiátrico regular e frequente. Levy apresentou redução dos sintomas sem necessidade de hospitalização. Inicialmente foi tratado com 10 mg ao dia de haloperidol, que provocou cefaleia. A medicação foi trocada para 3 mg ao dia de risperidona, mas não foi obtido o efeito desejado. Então, após duas semanas, a risperidona foi substituída por 10 mg ao dia de olanzapina. A olanzapina apresentou boa resposta: Levy experimentou uma redução completa dos delírios místicos de sociedades secretas, seguindo com alguma dúvida quanto às motivações da colega que

se afastara após sua declaração de amor. Entretanto, tornou-se muito quieto e isolado, passou a falar pouco e teve um ganho de peso de 10 quilos.
Após três meses, por insistência do pai, Levy foi trabalhar na empresa da família. Ajudava-o no endereçamento de correspondência, de forma muito lenta e sem se comunicar com os colegas. No ano seguinte, iniciou o curso de contabilidade em uma faculdade privada de fácil acesso, porém dizia não conseguir entender o que os professores falavam e se sentir muito tenso em sala de aula, com medo que exigissem que falasse. Interrompeu o curso no final do primeiro mês de aula.
A família procurou uma segunda opinião com colega especialista em transtornos do humor, que questionou o diagnóstico e sugeriu acréscimo de antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSS) - foram utilizados dois em sequência - e depois um inibidor seletivo da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISSN). Todos sem efeito no comportamento do paciente, que continuou isolado e com ansiedade no contato com as pessoas.

ACHADOS

Ao exame do estado mental, não se observavam mais as alterações de sensopercepção (alucinações) e de pensamento (delírios). Contudo, havia uma ansiedade que se intensificava quando Levy era exposto a um número maior de pessoas, principalmente desconhecidos, além de apatia, abulia, falta de prazer pelas coisas e sensação de tristeza.
Em exame de angiorressonância magnética, foi evidenciada malformação vascular em polígono de Willis, com anastomose de artérias basilares com trigeminal à direita, sem efeito de volume cerebral na região (descrito pelo radiologista como achado ocasional sem efeito clínico). A tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT) mostrou hipoperfusão orbitofrontal e orbitotemporal, mais temporomesial, à esquerda.
N
tion
an
ed
OS
ão,
es
ae
ão
al.
es:
br
14

A testagem psicológica revelou um quociente de inteligência (QI) verbal e de expressão 94).
No teste de Winsconsin, completou seis sequências e, na escala
de 94 (QI total = de Beck para depressão, atingiu 18 pontos (depressão moderada).

CURSO

Considerando que Levy já se encontrava a cerca de dois anos sem crise psicótica e que havia aumentado em mais de 15% seu peso corporal, optou-se pela troca da olanzapina

pela amisulprida. A amisulprida foi progressivamente titulada até chegar a 600 mg por dia, porém, depois de duas semanas, o paciente relatou insônia e ansiedade, pedindo para voltar à olanzapina. Após três meses na dose de 10 mg, a pedido dele e do pai (com certa apreensão por parte da mãe), foi tentada a redução da dose de forma lenta e gradual. Consequentemente, o paciente teve um ganho em comunicabilidade, passou a trabalhar de novo com o pai e conseguiu passar no exame de habilitação. Porém, ao chegar a 2,5 mg, apesar de se sentir com mais energia, Levy se queixou de problemas de concentração e ansiedade social.

Foi, então, associada sertralina, mas, ao chegar a 200 mg ao dia, o paciente passou a sentir-se vigiado pelos motoristas de um ponto de táxis em sua vizinhança. Também passou a achar que o pai dava indiretas, insinuando que ele (paciente) era drogado, que os funcionários da empresa mentiam para ele sobre não haver necessidade de trabalhar e que os companheiros de futebol cometiam faltas contra ele de propósito (tinha bastante habilidade de drible e avanço na posição de ponteiro direito, o que geralmente levava faltas fortes de seus oponentes na tentativa de detê-lo; no entanto, nessa ocasião, isso provocou uma reação mais forte que a usual, associada à sensação de que estavam que- rendo machucá-lo de propósito, o que causou uma forte discussão no campo, havendo a necessidade de intervenção de outros para evitar confronto físico, resultando na decisão do paciente de não mais acompanhar o pai aos jogos).

Dado o quadro e a questão do peso, suspendeu-se a sertralina e trocou-se a olanza- pina por aripiprazol. Após um mês sem sucesso, o paciente pediu para retomar o uso da olanzapina. Na dose de 7,5 mg ao dia, Levy melhorou seu relacionamento com os pais e com a irmã, retornou a seu peso frequentando uma academia de ginástica duas vezes por semana e passou a ir com amigos a bares nos fins de semana. Segue trabalhando na empresa da família e retornou à faculdade, embora com interrupções, pois ainda sente muita ansiedade em falar em grupo e na aproximação de garotas, embora procure por uma namorada. Os pais, que por um período de seis meses estiveram separados, se reaproximaram e voltaram a viver juntos, com um ganho na intimidade e no convívio, estando mais próximos agora que conhecem melhor o transtorno do filho, colaborando para a estabilidade do quadro.

DISCUSSÃO

Neste caso, chama atenção o pré-mórbido, ou seja, uma dificuldade de aprendizado leve na infância, acompanhada de timidez, isolamento e ansiedade. Um quadro iniciado em um rapaz com passado de leve isolamento e ansiedade social, com evolução para sintomas psicóticos ao longo de três meses, eclodindo em episódio violento e grave de desorganização e com boa resposta ao antipsicótico, porém com aumento de peso acima de 15% em três meses, é bastante comum em pacientes do sexo masculino. A dúvida e a discordância dos pais ante o diagnóstico também são comuns, devendo ser examinadas em conjunto, de forma aberta, expondo-se as limitações dos sistemas classificatórios atuais (CID e DSM), as discordâncias entre eles, bem como as limitações de testes e exames complementares para resolver as dúvidas. Deve-se discutir com a família, também, os riscos conhecidos tanto com o uso exagerado de antipsicóticos (sonolência, ganho de peso, diabetes, dificuldade de aprendizado) quanto em função de sua retirada prematura (reativação da doença e possível agravamento e resistência ao efeito de antipsicóticos). Por vezes, a dúvida só é afastada quando se combina a redução lenta do neuroléptico com a observação constante e o contato frequente, retornando-se a doses prévias no caso de aparecimento de sintomas psicóticos.

A separação dos pais após a percepção de que a psicose do filho era mais duradoura do que inicialmente pensado também não é uma ocorrência rara. O caso mostra a importância de agregar atendimento a todos os familiares, com resolução de dúvidas, tolerância quanto a incertezas da medicina em relação à doença mental e, ao mesmo tempo, busca de metas comuns, que, neste caso, permitiram a reunião do casal por decisão de ambos. O paciente mostrou boa resposta a antipsicóticos, com desaparecimento completo dos delírios, porém persistiu com resíduo de ansiedade e dificuldades de comunicabilidade social, apesar de convívio com colegas, vizinhos e familiares. Muitas vezes, encontramos evoluções dessa forma: timidez e baixa habilidade social pré-morbida evoluindo para ansiedade social e, desta, para sensibilidade exagerada a pistas de rejeição social e, então, para suspicácia elevada, chegando a ideias supervalorizadas e delírios persecutó- rios. Adicionalmente, sua regressão segue o mesmo curso, com atenuação progressiva das crenças e questionamento de sua validade, muitas vezes persistindo com um grau leve de ansiedade social, que pode ser mais bem tratada com técnicas psicoterápicas cognitivo-comportamentais. Entretanto, mesmo com a persistência desses sintomas, se paciente, família e equipe médica conseguem traçar objetivos comuns e demonstram sensibilidade e abertura para as impressões de cada um, vemos que é possível o retorno ao convívio familiar e a uma vida social, profissional e esportiva.

W
tion
han
ed
DS
0,
es
e
10
al.
S:
Dr
4

12

UM REENCONTRO CONSIGO E COM A FAMÍLIA

IDENTIFICAÇÃO

QUIRINO CORDEIRO, PEDRO SHIOZAWA

Mariela, 60 anos, dona de casa, baiana, procedente de São Paulo.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Mariela foi levada para tratamento psiquiátrico em um serviço universitário, na cidade de São Paulo, quando apresentava um quadro clínico marcado por sintomas catatônicos graves, com piora recente. Seu esposo dizia que ela mantinha posições desconfortáveis por longos períodos de tempo e que o quadro vinha se agravando.

Por meio da história colhida com os familiares, percebeu-se que o cenário catatônico vinha se estendendo, havia já alguns anos, com agravamento nos últimos meses. Uma de suas netas chegou a afirmar que nunca ouvira a voz da avó.

HISTÓRIA

de

A paciente apresentava diagnóstico de esquizofrenia há cerca de 30 anos e vinha em tratamento ambulatorial em outro serviço. Seu quadro clínico iniciou com a presença delírios de cunho persecutório envolvendo seus vizinhos, bem como alucinações auditivas. Nos primeiros anos da doença, a paciente apresentou boa resposta terapêutica com o uso de medicamentos antipsicóticos típicos.

Antes de adoecer, a paciente casou-se e teve cinco filhos. Mesmo apresentando esquizofrenia, ela conseguia cuidar dos filhos e da casa. Suas atividades domésticas The proporcionavam imenso prazer e ela tinha grande satisfação em poder cuidar de sua família.

Entretanto, nos últimos anos, a paciente evoluiu com déficit de pragmatismo, mutismo, negativismo, passando a não mais conseguir realizar tarefas básicas de seu cotidiano sem a ajuda de terceiros. Dependia dos cuidados de seus familiares para tudo. Em decorrência da significativa piora clínica que vinha apresentando nos últimos anos, foi

levada para tratamento em um serviço psiquiátrico universitário, na cidade de São Paulo. Na ocasião, seu antipsicótico foi trocado por um agente atípico. No entanto, novas trocas medicamentosas foram necessárias, já que seu quadro catatônico piorava. Depois de um tempo tentando vários antipsicóticos, seus médicos optaram pelo uso de clozapina, que foi aumentada até a dose de 500 mg ao dia. Novamente, o quadro clínico da pa- ciente pouco se modificou. Assim, ela realizou sessões de eletroconvulsoterapia (ECT) associadas à clozapina. No total, foram 20 sessões de ECT, mas seu quadro catatônico se manteve inalterado.

Em decorrência da refratariedade dos sintomas, a paciente foi encaminhada ao laboratório de neuromodulação da instituição. Na ocasião, devido à disponibilidade no serviço de estratégias experimentais de neuromodulação, optou-se por submeter Mariele a protocolo de estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC).

ACHADOS

Por ocasião da avaliação no laboratório de neuromodulação, a paciente se apresentava vígil, porém não contactuante. Havia grave prejuízo do autocuidado e observava-se ecolalia e flexibilidade cérea.

A paciente não tinha doenças clínicas ou outros transtornos mentais que pudessem causar a catatonia.

CURSO

Foram realizadas 20 sessões de ETCC. O racional do protocolo de neuromodulação utilizado no caso da paciente constituiu em regular a atividade do córtex pré-frontal dorsolateral e estruturas subcorticais relacionadas, hipoteticamente disfuncionais na esquizofrenia. A paciente cursou com melhora clínica expressiva durante as aplicações. Ao término do experimento, houve remissão do mutismo, do quadro motor, com melhora progressiva do pragmatismo e das estereotipias.1

A paciente manteve seguimento em regime de hospital-dia na instituição. Dois anos após a realização da ETCC, seguia sem sintomas catatônicos ou psicóticos, fazendo uso de clozapina, na dose de 500 mg ao dia. Retomou, assim, sua participação na rotina da família.

Shiozawa et al. Transcranial direct current stimulation (tDCS) for catatonic schizophrenia: a case study. Schizophr Res. 146:374-5, 2013.

N

tion

an

ed
Os
ão,
es
e
al.
S:
or
4

56

UM REENCONTRO CONSIGO E COM A FAMÍLIA

DISCUSSÃO

A catatonia é um quadro clínico que pode ter como causa tanto doenças clínicas como transtornos mentais. Entre os quadros psiquiátricos, a esquizofrenia é um dos que podem cursar com sintomas catatônicos. No caso em questão, a paciente apresentava história de esquizofrenia de longa data quando começou a manifestar quadro de catatonia.Com o passar do tempo, os sintomas pioraram, não mais havendo resposta terapêutica ao uso de antipsicóticos e tampouco de ECT. A paciente começou a apresentar importante comprometimento de sua funcionalidade. Necessitava de cuidados de seus familiares para a realização de tarefas básicas de seu cotidiano, como banho, troca de roupas e alimentação. Com o uso da técnica experimental de ETCC, ela teve remissão dos sintomas de catatonia. Depois disso, não manifestou mais sintomas catatônicos nem psicóticos, fazendo tratamento de manutenção com clozapina.

A paciente relata que se reencontrou consigo. Diz que viveu anestesiada por muito tempo. Agora, informa que olha no espelho e consegue se reconhecer novamente. Em sua casa, retomou as tarefas domésticas, passando a fazer o que sempre gostou: cuidar de sua família. Voltou a cuidar daqueles que cuidaram dela. Isso tem sido motivo de grande alegria para todos em sua casa. "Minha mãe está de volta, podemos conversar sobre as histórias da família como antes", disse um de seus filhos, que atuou como o principal cuidador da paciente no momento de maior gravidade dos sintomas catatônicos.

13

A HISTÓRIA DA SENHORA SIA

IDENTIFICAÇÃO

TÁKI ATHANASSIOS CORDÁS

Sia, senhora grega de 62 anos, vive no Brasil há cerca de 40 anos.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

A senhora Sia foi trazida ao ambulatório do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clíni- cas por representantes do consulado da Grécia, após contato prévio solicitando nossa colaboração, uma vez que a paciente se expressava mal em português.

A paciente é viúva e vive em um pequeno cômodo no bairro do Brás, onde trabalha como costureira para pequenos serviços, encomendados praticamente apenas por se- nhoras da comunidade grega de São Paulo para ajudá-la. Recebe ajuda humanitária em alimentos e uma pequena verba da igreja ortodoxa local, onde é assídua.

Chamou a atenção da comunidade o fato de não ter comparecido à missa e aos ser- viços religiosos, aos quais era assídua, nas últimas seis semanas e não responder aos telefonemas de amigas e do padre.

Não tem familiares no Brasil que pudessem ser contatados.

Há dois dias, um funcionário do consulado, uma amiga e o padre ortodoxo foram até sua casa, onde a encontraram assustadoramente emagrecida, "deprimida, paranoica e confusa" (sic).
Segundo relato da própria paciente, não se alimentava há praticamente duas semanas, quando terminou seu estoque de comida e foi incapaz de sair de casa para fazer compras.
Relatam que a casa da paciente apresentava um cheiro acre, muito desagradável, por falta de limpeza, e a própria paciente parecia não cuidar de sua higiene há muitos dias.
HISTORIA
A entrevista realizada em grego e com o auxílio do padre ortodoxo foi extremamente difícil no início, pela desconfiança que a presença de um desconhecido falando grego inspirou
W
tion
an
ed
DS
io,
es
10
al.
S:
or 4

na paciente. Refere que o marido, falecido há aproximadamente três anos, voltou a sen-tar-se junto com ela para ver televisão e jantar à noite.
"Mas não é só. Durante o dia, ele está lá me ajudando. Ele fala comigo o que devo fazer, como devo costurar, como devo pregar o botão. O senhor sabe, ele é alfaiate." Nas referências ao marido, os verbos conjugados no presente e no passado de maneira alternada foram uma constante durante a entrevista.
"Eu não ia falar para ninguém, nem para o padre, porque iriam achar que eu era louca. Mas, agora, às vezes é ele, outras vezes não, acho que é a voz de outras pessoas que ficam brigando na minha cabeça... Sim, em grego falam... Sim, ficam às vezes me mandando levantar, andar, ir até a igreja... Tem vezes que ficam dizendo que costuro mal, que está errado... E ficam falando uma com a outra tudo o que faço. Uma vez fui comprar tecido para costurar e ficaram me enchendo, falando uma com a outra tudo o que eu fazia. Faz um mês, uma delas começou a me mandar comprar um tecido que eu não queria."
Conta que tem rezado muito para que o marido a ajude a mandar embora essas pes- soas, mas afirma que a imagem de um ícone de São Jorge que tem na sala disse que eram os alemães e os turcos que falavam com ela. Não sabia explicar por que falavam em grego.
Foi vista clinicamente por um cardiologista da colônia que a atende pro bono a cada 4 ou 6 meses. Está sob o uso de metformina e furosemida, mas há vários dias não to- mava os medicamentos.
A senhora Sia nasceu e cresceu em Atenas. Nascida no início da Segunda Guerra Mundial, conta que seus pais morreram de fome durante a ocupação alemã e que ela e seu irmão foram criados por tias em situação de extrema pobreza. Casou-se por volta dos 19 anos com um rapaz dois anos mais velho e emigraram para o Brasil em busca de oportunidade.

Não tiveram filhos e viveram do trabalho do marido como alfaiate e dela como costureira de pequenos serviços enquanto cuidava da casa.

O marido e ela sempre foram muito religiosos e frequentavam a igreja ortodoxa próxima a sua casa com muita assiduidade, e esse era praticamente o lazer do casal. A paciente refere que um irmão gêmeo, que morava na Grécia, teve um quadro de "loucura" muito jovem e passou a vida sendo internado, faleceu nos anos de 1980. O marido faleceu há dois anos por causas cardiovasculares e, desde então, ela frequenta a igreja e as festas religiosas apenas no sábado e no domingo, quando, ao final das liturgias, recebe pequenas encomendas.

É possível, com alguma imprecisão dada à dificuldade de expressão da paciente e à falta de exatidão das informações, que seu quadro tenha iniciado há cerca de seis meses, agravando-se nas últimas semanas.

Não bebe e não é tabagista. Conhecidos da senhora Sia de décadas referem que nunca presenciaram ou souberam de qualquer quadro mental anterior.

ACHADOS

Sia se mostrava consciente, orientada no espaço, mas não no tempo, com memória aparentemente preservada para eventos anteriores ao estado atual. Apresentava hipoprosexia durante a entrevista inicial e parecia atentar para fenômenos alucinatórios enquanto conversava com o entrevistador. Manifestava alucinações visuais e auditivas e pseudoalucinações. O pensamento estava paulatinamente mais organizado, e a afetividade mostrava-se achatada durante toda a entrevista. O juízo estava delirante, com crítica do estado mórbido ausente. Encontrava-se hipertensa e hiperglicêmica. Essas alterações foram corrigidas imediatamente no ato da internação. Os exames laboratoriais estavam normais, incluindo eletrencefalograma. A tomografia apontou achados compatíveis com a faixa etária.

CURSO

A paciente foi internada e recebeu risperidona em dose crescente até 3 mg, quando ocorreu o desaparecimento dos sintomas produtivos, embora mantivesse crítica parcial das vivências psicóticas. Oscilava entre aceitar que as vozes e a visão do marido eram uma doença ou uma situação espiritual. Teve alta e passou a fazer tratamento ambulatorial, momento em que se apresentava muito bem, inclusive do ponto de vista de contato afetivo. Sempre estava acompanhada por uma amiga ou mais de uma por vezes. Uma avaliação neuropsicológica durante o ambulatório mostrou-se compatível com a idade e uma nova avaliação um ano após a alta não apontou qualquer alteração. Voltara a fazer pequenos serviços de costura e cuidar da casa. Recebeu o convite do padre de sua igreja para auxiliar nas liturgias e festas de datas religiosas, bem como, por minha orientação, este solicitou às senhoras da comunidade que a integrassem mais em suas atividades. Sempre fazia questão de comparecer às consultas trazendo doces e respondendo com um olhar maroto que nunca mais o marido a visitara. Eu próprio não tenho certeza disso. Por diversas vezes e vários anos, a vi durante os ofícios religiosos trabalhando com acerto e mantendo excelente contato com as pessoas a sua volta, até falecer devido a causas vasculares aos 72 anos.

DISCUSSÃO

O caso apresentado é um exemplo de um quadro esquizofrênico de início tardio com bom prognóstico e readaptação ao ambiente social e laboral anterior. O quadro delirante alucinatório paranoide, o pouco comprometimento do pensamento e da afetividade, o

isolamento social, ser do sexo feminino, a história familiar e, em geral, a resposta a baixas doses de antipsicótico são características comuns desse quadro.
O tratamento farmacológico e a estruturação de uma rede de apoio social evidencia- ram-se como aspectos determinantes na evolução do quadro.
W
ation
man
ed
OS
ão,
es
e
ão
al.
S:
br
14

MEDO DE ENLOUQUECER
IDENTIFICAÇÃO
Eduardo, 17 anos, estudante.
MOTIVO DO ATENDIMENTO
VALÉRIA BARRETO NOVAIS
Quando o atendi pela primeira vez, Eduardo foi trazido pela mãe e não aceitou ficar sem ela na sala. Parecia extremamente ansioso. Na época, tinha 17 anos de idade, era estudante do segundo ano do ensino médio. Ele relatava ouvir uma voz que o chamava e dava conselhos ("Fique calmo, você vai ficar bem"). Referia ter a sensação de ouvir os próprios pensamentos sendo lidos por outras pessoas e que eles estariam sendo "va- zados". Sentia também que as pessoas sabiam o que ele pensava. Relatava, ainda, a sensação de que as pessoas no rádio falavam sobre ele; entendia, por exemplo, quando falavam em harmonia, que estariam falando para ele ter mais "harmonia". Relatava pensamentos repetidos e intrusivos. Pensava que era "feio" ou "gordo" e, ao se olhar no espelho, penteava os cabelos e passava cerca de 10 minutos observando sua imagem. Ele mostrava repetidamente as mãos, pois a mão esquerda apresenta deformidade nos dedos.
HISTORIA
OS
Eduardo, por volta dos 15 anos de idade, começou a apresentar queixas de que colegas na escola estavam falando e rindo dele. As pessoas comentavam que era feio, monstruoso. Ele foi se isolando, conversava pouco com os colegas e continuava bastante calado em casa.
Esses episódios vinham aumentando em frequência e intensidade. Preocupava-se muito com a questão da estética e da beleza. Passava muito tempo olhando suas foto- grafias, tentando convencer-se de que não era deformado. Referia tristeza, irritação e emocionava-se facilmente. A frequência de pensamentos de que a vida era ruim e de que deveria se matar, como pular do apartamento ou usar uma arma de fogo, vinha au-

mentando. Referia ter pânico de estar sendo filmado, e as ideias de que estava sendo observado também foram aumentando, acompanhadas de um medo de pessoas negras, pois acreditava que "o diabo era negro".
Ele se queixava de insegurança, medo de se descontrolar e agredir as pessoas. Tinha dificuldade para focar a atenção, resultando na falta de condições para continuar frequentando a escola.
Eduardo passava a maior parte do tempo em casa; quando saía com sua mãe, ia sempre deitado no banco do passageiro do carro para que ninguém o visse. Quando era convidado para ir ao shopping, tinha medo, pois as pessoas olhando para ele e dizendo que ele era feio era um martírio. Se ia à praia com os familiares, ficava em lugar isolado. Não conseguia ir à missa, pois os pensamentos de que estavam falando dele voltavam. Eduardo sempre foi um aluno com bom desempenho escolar, mas não conseguia mais estudar, tinha uma má concentração e, assim, passou a ter notas baixas. Descrevia-se como extrovertido no colégio, apesar de ter poucos amigos. Progressivamente, foi piorando, chegando ao ponto de não conseguir mais frequentar a escola. Passou cerca de um ano sem estudar. Em decorrência dos delírios e das alucinações, deixou de se masturbar e se preocupa se um dia vai voltar a funcionar sexualmente. Preocupa-se também em não arranjar namorada, de não conseguir se casar.
Existem casos de doença mental na família do lado paterno, a irmã do primeiro ca- samento do pai é esquizofrênica; o pai, alcoolista.

ACHADOS

Ao exame mental, mostrava-se cooperativo, apesar de estar muito ansioso. Apresentava--se olhando para os cantos da sala, procurando câmeras, e perguntava várias vezes se havia alguém filmando. Mostrava as mãos, questionando se era monstruoso. Mantinha bom contato visual. Exibia pensamento concreto e delirante. Levantava-se inúmeras vezes para se olhar no espelho e certificar-se de que sua cabeça estava no lugar e de que seu rosto não estava se deformando. Perguntava se estava enlouquecendo.

CURSO

O paciente respondeu inicialmente à risperidona, com diminuição das alucinações, mas os delírios e sintomas negativos continuavam. Após mudança para clozapina associada a aripiprazol e sertralina, conseguiu questionar seus delírios, parou de se olhar no es- pelho e de olhar suas fotos. Retornou aos estudos, em outra escola, onde concluiu o ensino médio, e ingressou no curso de Direito, que, apesar de ter cursado com algumas dificuldades, está prestes a concluir.

Ele consegue sair para festas familiares, fez amizade com participantes de uma associaテｧテ｣o em defesa da saテｺde mental, na qual relata seus problemas, dテ｡ forテｧa aos demais e organiza comemoraテｧテｵes dos aniversariantes em lugares pテｺblicos, como res- taurantes. Gosta muito de sair, vai テ missa regularmente, faz caminhadas em uma praテｧa
perto de sua casa.

DISCUSSテグ

Eduardo apresenta histテｳrico de sintomas psicテｳticos, como alucinaテｧテｵes auditivas, delテｭrios de conteテｺdo persecutテｳrio, ideias de referテｪncia e irradiaテｧテ｣o do pensamento, alテｩm de anedo- nia, isolamento e discurso empobrecido, compatテｭveis com o diagnテｳstico de esquizofrenia. Apesar de inicialmente ter havido deterioraテｧテ｣o do funcionamento acadテｪmico e social, o controle dos sintomas favoreceu, com esforテｧos, o retorno aos estudos.

Conseguiu in- gressar na faculdade e permanecer cursando, fazendo estﾃ｡gio curricular no ﾃ途gﾃ｣o de Proteﾃｧﾃ｣o e Defesa ao Consumidor (Procon). Em relaﾃｧﾃ｣o ﾃ socializaﾃｧﾃ｣o, Eduardo mantﾃｩm amizades e ﾃｩ popular na faculdade, apesar do discurso um tanto infantil. Atualmente, seu objetivo ﾃｩ namorar e casar.
ﾃ・interessante ressaltar que esse paciente apresentava esquizofrenia refratﾃ｡ria (re- sistﾃｪ ncia aos tratamentos mais convencionais) e sﾃｳ teve um controle satisfatﾃｳrio dos sintomas e retornou ao atual nﾃｭvel de funcionamento apﾃｳs a combinaﾃｧﾃ｣o de antipsicﾃ ｳticos e antidepressivo.

15

O SONHO DE SER PROFESSORA

MARIA CAROLINA PEDALINO PINHEIRO, ISIS MARAFANTI, MELINA MENDONﾃ②

IDENTIFICAﾃ・グ

Laura, 28 anos, secretﾃ｡ria, mora no interior de Sﾃ｣o Paulo, separada e tem um filho adolescente.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Laura foi levada ao Centro de Atenﾃｧﾃ｣o Psicossocial (CAPS) com queixa de inquietude e medo. Esse medo baseava-se na sensaﾃｧﾃ｣o de que seria expulsa de casa pelos familiares, embora nﾃ｣o houvesse fato real que se relacionasse a esse receio. Contava, ainda, que ouvia vozes que a ameaﾃｧavam e que comentavam suas aﾃｧﾃｵes. Achava tambﾃｩm que a televisﾃ｣o se comunicava diretamente com ela, de forma que, em todo programa que assistia, recebia mensagens pessoais dos apresentadores, atores e atrizes. Chegou a queimar seu aparelho novo de televisﾃ｣o e seu DVD por achar que uma famosa atriz de novela mandava mensagens de conteﾃｺdo sexual de forma subliminar para ela, o que muito a incomodava. Apresentava ainda insﾃｴnia, passando a noite caminhando pelas ruas, na maioria das vezes sozinha, e trajando apenas a camisola, fato que muito ir- ritava seu esposo, que nﾃ｣o conseguia compreender esse comportamento, chegando a ser agressivo com ela.

HISTORIA

Laura teve um desenvolvimento neuropsicomotor normal. Foi uma aluna regular, tendo concluﾃｭdo o ensino mﾃｩdio. Nunca abusou de ﾃ｡lcool, tabaco ou outras drogas, ainda que tenha experimentado maconha aos 12 anos.
Casou aos 22 anos e tinha uma relaﾃｧﾃ｣o difﾃｭcil com o marido, que a agredia fﾃｭsica e verbalmente. Trabalhava desde seus 18 anos como secretﾃ｡ria. Separou-se aos 28 anos, na ﾃｩpoca do inﾃｭcio de seu quadro psiquiﾃ｡trico (primeiro surto). Nﾃ｣o hﾃ｡ histﾃｳria de

traumas, comorbidades clínicas ou cirúrgicas, nem de sintomas psiquiátricos evidentes antes do primeiro surto.

ACHADOS

Durante o quadro psicótico, a paciente apresentava prejuízo do autocuidado, estava trajando roupas sujas e descuidada em relação ao asseio pessoal. Apresentava mudan- ças em seu comportamento habitual, possivelmente decorrentes das alterações de sensopercepção, e referia alucinações auditivas. O pensamento era de curso acelerado, com frouxidão de laços associativos e conteúdo delirante persecutório - afirmava estar sendo rastreada e que seria expulsa de sua casa. A avaliação clínica estava normal.

CURSO

Iniciou tratamento no CAPS, em que foi introduzido o antipsicótico olanzapina, com remissão dos sintomas.

Após seis meses, mudou-se com o filho adolescente para a cidade da irmã, São Paulo, pois havia se divorciado do marido. Passou, então, a fazer tratamento com psiquiatra da atenção primária em centro de saúde.
Com a melhora progressiva, voltou a trabalhar, porém não mais como secretária, mas como operadora de telemarketing. Manteve tratamento regular ambulatorial e foi orientada a fazer atividade física e dieta, devido ao ganho de peso. A adesão a uma rotina mais saudável fez Laura perder peso e melhorar sua qualidade de vida. Todavia, mantinha o sobrepeso, mas, como estava em remissão dos sintomas psicóticos há mais de um ano, o antipsicótico foi substituído por risperidona. Dois meses após a mudança do medicamento, a paciente voltou a ter alucinações auditivas, dessa vez com conteúdo depreciativo: as vozes diziam que ela não prestava e falavam para se matar. Nesse período, teve que ser afastada do trabalho por 14 dias, devido a exposição, riscos e sofrimento gerados pelos sintomas. Retomou o uso de olanzapina, com melhora dos sintomas psicóticos em pouco mais de três semanas.
Após esse período, a paciente voltou a trabalhar e resolveu que deveria retomar os estudos, pois não se sentia feliz somente com seu emprego de telemarketing. Começou um curso pré-vestibular durante o período noturno, enquanto se manteve no trabalho de dia. No ano seguinte, entrou na faculdade de Pedagogia, realizando um sonho de infância: ser professora.
Atualmente, com 33 anos, apresenta uma boa crítica sobre sua doença, sabendo inclusive explicar sua sintomatologia com clareza. Usa regularmente o medicamento

e afirma que prefere esse antipsicótico a despeito de ter de controlar a ingesta de alimentos calóricos e realizar exercícios físicos para contornar seus efeitos colaterais. Mantém consultas psiquiátricas a cada dois meses e, se, por algum motivo, não pode comparecer, avisa com antecedência e remarca a consulta. Segue trabalhando durante o dia e estudando à noite - está no último ano da faculdade de Pedagogia. Diz que quer trabalhar com alfabetização de adultos quando se formar.
Apesar de apresentar alguma restrição da iniciativa e do afeto, responde bem ao estímulo da família e da equipe de saúde que a assiste, mantendo um bom relacionamento com o filho e está namorando.

DISCUSSÃO

Em seu primeiro surto, aos 28 anos, Laura apresentou sintomas alucinatórios auditivos do tipo vozes que fazem comentários, sintoma scheneideriano de primeira ordem. Após o surto psicótico, a despeito do diagnóstico de esquizofrenia, retomou suas atividades, dedicou-se ao curso pré-vestibular e entrou na faculdade.
Ainda que apresente alguns sintomas, especialmente negativos, Laura consegue levar uma vida saudável, pratica atividade física, cuida do filho, namora e logo se formará em Pedagogia.

16
ALTO FUNCIONAMENTO COM BAIXO INSIGHT

CRISTIANO NOTO, ARY GADELHA, RODRIGO AFFONSECA BRESSAN

IDENTIFICAÇÃO

Márcio, 40 anos, médico.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Márcio foi trazido à consulta pela mãe. Apresentava o diagnóstico de esquizofrenia desde a adolescência. Porém, desde os 25 anos, não havia experimentado um período longo de

estabilidade. Segundo sua mãe, Márcio fazia uso irregular do medicamento. Quando interrompia o uso, não conseguia trabalhar e ficava falando com "as vozes da cabeça dele". Nos períodos em que seguia regularmente o tratamento, os sintomas reduziam em intensidade e ele voltava a trabalhar como médico. Além disto, Márcio estava sendo acompanhado pelo Conselho Regional de Medicina (CRM), porque teve uma discussão com um colega que resultou em um processo. Foi realizada perícia pelo CRM para verificar se ele apresentava condições de exercer a profissão, e ele foi liberado somente para desempenhar funções administrativas, sem contato com pacientes.

HISTÓRIA

Os sintomas iniciaram na adolescência, em um período em que Márcio fazia uso de drogas, principalmente maconha. Escutava vozes que comentavam suas ações e o ofendiam. Em algumas situações, as vozes davam ordens, porém ele conseguia se controlar. Também se sentia frequentemente perseguido, achava que as pessoas no ônibus falavam e riam dele. Na época, não deu importância aos sintomas, não comentava a respeito com ninguém de sua família. Não buscou tratamento, conseguia manter um bom funcionamento, mantinha relacionamento amoroso e estudava. Por volta dos 18 anos, foi aprovado no vestibular para Medicina. Ao longo do curso, teve contato com a psiquiatria e desconfiou que suas experiências poderiam ser sintomas de esquizofrenia. Procurou um médico da faculdade, que indicou psicoterapia. Realizou análise por quatro anos, sem uso de medicamentos. Durante

faculdade com relativa estabilidade. Próximo ao final do curso, durante a preparação essa fase, parou de fumar maconha e teve redução de sintomas, conseguindo seguir a para a prova de residência, voltou a escutar vozes, que o xingavam e ameaçavam. Com o ressurgimento dos sintomas, passou a ficar mais inquieto, irritado e hostil. Foi aprovado e iniciou a residência. Logo em seguida, teve o episódio em que se desentendeu com um colega, sendo denunciado ao CRM. Procurou novamente tratamento médico, quando foi prescrito medicamento antipsicótico pela primeira vez. Iniciou o uso de haloperidol, porém desenvolveu sintomas extrapiramidais e abandonou o tratamento após poucas semanas. Nos anos seguintes, passou por diferentes médicos, fez uso de diferentes antipsicóticos, como risperidona e olanzapina. Apesar dele mesmo ter sido o primeiro a suspeitar do diagnóstico, não aceitava que os sintomas estavam comprometendo sua vida, sempre achava que estava bem e não seguia o tratamento adequadamente. Com frequência, queixava-se dos efeitos colaterais dos medicamentos e invariavelmente abandonava o tratamento após poucas semanas. Com isso, manteve quadro produtivo ao longo dos anos, com alucinações, delírios persecutórios e muita dificuldade nos relacionamentos interpessoais. Aos poucos, experimentou isolamento social, passou a conviver pouco com amigos e familiares, não teve mais relacionamentos afetivos.

ACHADOS

Em sua primeira consulta, Márcio apresentava um quadro psicótico agudo grave, com solilóquios, atitude de desconfiança e, quando confrontado, agressividade. Não tinha nenhum insight sobre a doença e encarava suas desconfianças e seus juízos como verdades absolutas, por mais estranhos ou improváveis. Estava isolado do convívio social e dizia que relacionamentos eram perda de tempo. Claramente, estava desconfortável por ter que passar por uma consulta com um novo psiquiatra. Acreditava que tinha plenas condições de atender pacientes, sentia-se perseguido e injustiçado pelo CRM por não ser liberado para trabalhar. Diante disso e do histórico de boa resposta, mas baixa adesão aos antipsicóticos orais, foi imediatamente sugerido o uso de um antipsicótico injetável de longa ação, a

paliperidona. Márcio foi convencido pela mãe e acabou aceitando o medicamento injetável. Como já havia feito uso de risperidona, foi prontamente prescrita a dose de 150 mg intramuscular, sendo aplicada a dose de 100 mg na semana seguinte. A partir daí, foi mantida a dose que perdura até hoje: 150 mg ao mês.

CURSO

Após a primeira injeção, a mãe ligou agradecendo, pois já o percebia bem mais calmo. Em cerca de três meses com o uso da paliperidona, o paciente apresentou nítida melho-

CRM
para

ra. O contato tornou-se muito mais fácil, a postura agressiva e hostil desapareceu. Ao longo da conversa, ele deixou claro que as alucinações ainda estavam presentes, mas não o incomodavam tanto. Nos meses seguintes, a melhora foi se consolidando, e Márcio foi atingindo gradativamente novas conquistas. Inicialmente, foi liberado pelo a trabalhar meio período com pacientes. Passou a fazer remoções e a trabalhar como apoio médico em eventos. A partir daí, também conseguiu organizar melhor sua rotina, adotando hábitos de vida mais saudáveis. Passou a acordar cedo e a frequentar uma academia. Melhorou sua dieta, emagreceu cerca de 10 quilos. Voltou a encontrar alguns colegas de faculdade, tornou-se mais participativo na vida familiar. Os médicos responsáveis pelas perícias do CRM ficaram impressionados com a melhora progressiva do paciente. Após conseguir trabalhar sem grandes problemas, foi totalmente liberado pelo CRM. Hoje, além do trabalho com ambulância, em que faz três plantões de 12 horas por semana, atende em plantão noturno em um pronto-socorro. Apesar da rotina agitada e estressante de um serviço de emergência, consegue lidar muito bem com a pressão. Hoje, tem total independência, inclusive financeira. Está contente, pois pode ajudar os pais financeiramente. Conseguiu se organizar e fazer uma reserva de recursos, pois planeja sua aposentadoria. Em sua rotina, inclui atividades que trazem prazer, gosta de viajar e ler. Considera-se uma pessoa feliz, com muitos planos para o futuro.

DISCUSSÃO

Márcio é um ótimo exemplo de como o tratamento eficaz da esquizofrenia é essencial para possibilitar a superação da doença. O paciente ficou por anos estagnado, acumulando fracassos e decepções. O uso de medicamento injetável de longa ação vem permitindo que ele esteja estável pelos últimos quatro anos. Pela primeira vez em sua vida, Márcio está recebendo um tratamento contínuo, conseguindo retomar sua vida e atingir os obje- tivos que sempre sonhou. Mesmo assim, não tem insight sobre sua doença, pois, nas consultas, volta a perguntar se é realmente necessário usar o medicamento e manifesta vontade de parar de tomá-lo.

17

O HOMEM DOS SIGNOS: UM CARA MUITO LEGAL!

IDENTIFICAÇÃO

MARIANA FRANCIOSI TATSCH, ALBERTO STOPPE JR.

Jeferson, 33 anos, alto, bonito, bem vestido, filho de família da classe alta (pai empresário) e vendedor autônomo de doces.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Eu havia acabado de abrir o consultório após a residência de psiquiatria, quando um ex-professor me encaminhou Jeferson. O paciente tinha consultado com esse professor por

ocasião de um surto psicótico grave e se recusava a continuar o tratamento com ele. Somente aceitava tratamento com um psicanalista, na frequência de 1 ou 2 sessões por semana. Recusava-se a usar o medicamento proposto pelo psiquiatra. Os pais relataram (o que o paciente veio a confirmar depois) que o psicanalista também era contra ele fazer uso de medicamentos.
Sem que Jeferson soubesse, vinha tomando 10 mg de olanzapina, da marca de referência, que eram colocados em sua bebida pela mãe, na hora do almoço.

HISTÓRIA

Jeferson nasceu na cidade de São Paulo, sendo primogênito de uma família de posses. Cursou bons colégios e passou no vestibular para Agronomia em 1979, em cidade de porte médio do interior de São Paulo. Mudou-se para lá e passou a dividir apartamento com outros calouros da faculdade, em uma espécie de república. A partir do segundo ano de faculdade, começou a apresentar alterações comportamentais e cognitivas, queda no rendimento acadêmico e dificuldade para conseguir um estágio. Passou a descuidar da higiene, deixou a barba crescer, apresentava discurso desagregado e delirante, com prejuízo nas relações interpessoais. Em um fim de semana, na presença dos pais, o quadro culminou em comportamento bizarro (chegou a esfregar as próprias fezes na parede da casa e abordou sexualmente uma mulher desconhecida) e discurso desconexo.

Foi atendido por médico psiquiatra e medicado com carbonato de lítio, sem melhora dos sintomas. Passou, então, a receber haloperidol e biperideno, com efeitos colaterais significativos (apresentou distonia aguda em região cervical e parkinsonismo). Devido a esses efeitos, descontinuava os medicamentos e voltava a apresentar sintomas psicóticos e alterações de comportamento graves. Em 2009, a família consultou outro psiquiatra, que diagnosticou esquizofrenia paranoide. Jeferson recebeu prescrição de olanzapina, 10 mg, um comprimento ao dia, mas se recusou a fazer uso do medicamento. Porém, aceitou consultar o psicanalista, com o qual se encontrava 1 ou 2 vezes por semana. O psicanalista confirmava para Jeferson que ele não era portador de transtorno psiquiátrico e que não havia necessidade de uso de medicamento. Naquele momento, em razão da gravidade dos sintomas e da recusa em receber tratamento medicamentoso, a família optou por iniciar com olanzapina, 10 mg, um comprimido ao dia, dissolvido na bebida de Jeferson, ao entardecer. Em pouco tempo, ele apresentou melhora importante dos sintomas, e a família percebeu que era necessário consultar outro psiquiatra, no qual o paciente confiasse.
É aí í que entro na história. Quando Jeferson chegou a meu consultório, já estava em uso de olanzapina há alguns meses, com importante melhora dos sintomas psicóticos. Ele ainda não sabia que vinha fazendo uso do medicamento e seguia consultando o psica- nalista, ao qual atribuía sua melhora. Na primeira consulta comigo, aceitou a proposta de sessões semanais, desde que pudesse continuar frequentando as consultas, também semanais, com o psicanalista. Minha proposta inicial de tratamento, com os pais, era a promoção de vínculo, para, posteriormente, contar a Jeferson sobre o uso que vinha fazendo da olanzapina. A partir de então, a ideia era falar abertamente sobre o assunto, bem como encaminhar o paciente para demais cuidados e tratamentos referentes à doença e/ou ao medicamento.

ACHADOS

Na primeira consulta, Jeferson se apresentou adequadamente vestido, com boa articulação do pensamento. Em razão de seus tratamentos anteriores, mostrava-se um pouco preocupado com o que eu viria a propor. Citava, com muita frequência, falas e interpretações de

seu psicanalista sobre seus delírios, com as quais concordava, e falava mal dos médicos que havia consultado. Contou que sua profissão era vendedor autônomo de doces. Pegava os doces com um distribuidor e os vendia a amigos e familiares. Demonstrava muito orgulho de sua profissão. Mantinha um afeto raso e, por vezes, inadequado, sorrindo mesmo quando falava de situações desagradáveis. Não apresentava delírios, alucinações ou comportamento inadequado.

As consultas ocorriam semanalmente. Passei a fornecer, para os pais (com os quais tinha contato frequente), receita de olanzapina. O medicamento seguia sendo diluído na bebida do paciente sem que ele soubesse.
Jeferson chegava pontualmente no horário da consulta e só permitia que a sessão fosse encerrada no horário exato proposto. Apresentava-se sempre sorrindo e de bom humor. Contava detalhes de sua semana, como, por exemplo, para quem havia vendido doces, a visita semanal aos amigos de uma videolocadora, o encontro com os dois amigos que considerava "irmãos", sem contar as inúmeras histórias relacionadas a seu time de futebol e aos encontros ocasionais com pessoas com as quais havia estudado ou que conhecera no passado. Tinha uma memória brilhante para datas, particularmente aniversários. Sabia o dia do aniversário e o signo de absolutamente todas as pessoas com as quais já havia conversado. Sempre que encontrava uma dessas pessoas, trazia à consulta histórias relacionadas a seu signo e tecia relações místicas sobre esses en- contros e outros acontecimentos de seu dia. Jogava futebol 2 ou 3 vezes por semana e, segundo relatos, era bom jogador e muito querido pelo grupo.
Após alguns meses de consulta, o vínculo se fortaleceu e o paciente pôde perceber sua melhora e suas aquisições, mas ainda as creditava ao processo de psicanálise. Em determinado momento, os pais e eu percebemos que era hora de contar a Jeferson sobre o medicamento. Contei a ele sobre o uso há alguns anos da olanzapina escondida na bebida. Apesar da sua perplexidade, pudemos conversar longamente sobre os efeitos positivos do fármaco, reforçando conquistas feitas a partir de seu uso. Nessa ocasião, Jeferson já estava trabalhando no escritório da empresa do pai, havia voltado a frequentar festas e eventos sociais, bem como resgatou e fortaleceu relacionamentos com familiares e amigos antes prejudicados pela doença. A partir da percepção dos benefícios trazidos pelo tratamento, ele passou a se responsabilizar pela receita, compra e administração do medicamento, bem como a cuidar da alimentação e do peso a fim de não engordar em razão do aumento de apetite provocado pela olanzapina. Permanecia em consultas semanais comigo e com o psicanalista, para o qual contou sobre o medicamento. Apesar de o psicanalista se colocar contrário ao tratamento medicamentoso, Jeferson optou por se manter sob uso da olanzapina, pois percebia os ganhos obtidos. Há muito tempo, os pais tinham se recusado a pagar as consultas com o psicanalista, mas este seguia atendendo o paciente gratuitamente, por considerá-lo seu sucesso terapêutico.
Ao longo dos anos, as consultas semanais se tornaram mensais. Jeferson entrava no consultório sempre sorridente e feliz com o último resultado de seu time. Como de costume, esse era o assunto com o qual iniciava a consulta. Relatava sobre idas ao estádio, jogadores contratados e técnicos demitidos. A consulta seguia com narrações,

sempre animadas, de seu trabalho na empresa do pai, a venda de doces (a qual levava muito a sério) e as festas frequentadas nos últimos dias. E, em meio a uma história e outra, relatava sobre o peso e a dieta para manter-se saudável, apesar do aumento de apetite causado pelo medicamento. Nas últimas consultas, informou sobre a relação com uma moça, a qual havia se tornado sua namorada. Ela foi aceita pelos pais e passou a frequentar as reuniões de família. Por ocasião da última consulta (em razão de minha mudança de cidade), Jeferson seguia trabalhando no escritório do pai, namorando, vendendo doces, frequentando festas e jogos de futebol, falando de signos e gerenciando a tomada diária do medicamento.

É importante salientar que, apesar do afeto e do discurso pouco aprofundado e, por vezes, quase infantil, Jeferson mantinha um bom arsenal de habilidades sociais, o que o fazia ser muito querido pelas pessoas que conviviam com ele. Inclusive por mim! Devido a minha mudança, encaminhei-o a um colega, o qual também se encantou com Jeferson. Afinal, ele foi e sempre será uma pessoa muito legal! Ainda hoje recebo mensagens dele a cada aniversário meu, de meus filhos e meu marido. E também as recebo quando meu time de futebol ganha ou faz uma grande contratação!

Atualmente, Jeferson trabalha no setor administrativo da empresa do pai, namora a mesma moça, ainda vende doces aos amigos, mantém sua forma física por meio de dieta e exercício físico, joga futebol 1 ou 2 vezes por semana e frequenta festas e en- contros familiares.

DISCUSSÃO

O quadro psicopatológico apresentado por Jeferson no início preenche os critérios para transtorno esquizofrênico paranoide. É frequente que os pacientes apresentem, com medicamentos antipsicóticos, efeitos colaterais graves o suficiente para nunca mais querer usá-los. O prognóstico da doença piora quanto maior o tempo sem tratamento adequado. O vínculo, o reforço positivo, a escolha de medicamentos com efeitos colaterais mais toleráveis, a psicoeducação e a participação dos familiares melhoram o desfecho e o prognóstico, resgatando a qualidade de vida e a dignidade dos portadores desse transtorno. Jeferson é um exemplo disso! E, mais que um paciente, tornou-se um querido amigo, do qual muito me orgulho!

18

DA CRONICIDADE AO INUSITADO DA NORMALIDADE

IDENTIFICAÇÃO

Mário, 20 anos.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

MAURÍCIO VIOTTI DAKER

Dificuldades comportamentais desde a infância, com difícil socialização, "birras", hiperatividade, problemas na escola e várias repetências. No momento da consulta com o atual médico assistente, aos 20 anos de idade, a queixa era de comportamento bizarro-segun- do a mãe, "bate a cabeça no cimento" e apresentava impulsividade sexual com relação às empregadas domésticas. Presença de delírios não sistematizados e alucinações: dizia ser observado no ônibus e "enxergar coisas pequenas" que o incomodavam e que não sabia explicar o que eram (micropsia ou alucinações liliputianas). Isolamento em casa nos últimos três anos, tabagismo inveterado. Afeto entre embotado e pueril, anedônico, abúlico e com pensamento pobre. Apresentava-se malcuidado e pouco colaborativo à entrevista. Diante da gravidade do quadro, vinha em uso de haloperidol, 25 mg ao dia, além de pipotiazina, clorpromazina, sertralina, lorazepam e biperideno.

HISTÓRIA E CURSO

Mário apresentou delírios persecutórios e de referência na adolescência e prováveis alucinações, sendo necessária internação por três vezes. Em uma delas, chegou a ser tratado com sessões de eletroconvulsoterapia. Interrompera os estudos no oitavo ano do ensino fundamental.
Na consulta relatada anteriormente, a hipótese diagnóstica foi de esquizofrenia he-befrênica, sendo indicado o uso de clozapina.
Seis meses depois, Mário passou a aceitar um acompanhante terapêutico, e saíam de casa 1 ou 2 vezes por semana, iam ao shopping, ao cinema, etc. Estava em uso de

400 mg ao dia de clozapina, além de 7,5 mg ao dia de haloperidol (em redução progressiva) e 3 mg ao dia de lorazepam.
Um ano após a consulta inicial, mantinha-se estável e relativamente bem em relação a seu quadro anterior. Passou a sair sozinho, por vontade própria, sendo sugerido que procurasse um centro de convivência e, se possível, que fizesse psicoterapia. Em seguida, houve um momento de instabilidade, com grande ansiedade, contornada com o aumento da dose de lorazepam. Porém, poucas semanas depois, durante as férias do médico assistente, apresentou surto psicótico e teve que ser internado. Mas a recuperação foi rápida, com alta hospitalar em 10 dias.
A tomografia computadorizada do encéfalo e o eletrencefalograma apresentaram resultados normais. Em consulta com neurologista, houve prescrição de fenobarbital em função do incômodo causado pela micropsia, sem resultado. Alguns meses depois, foi aumentada a dose de haloperidol para 15 mg ao dia, além de discreto aumento da dose de lorazepam, devido à ansiedade pré-psicótica e tendo em vista o sobrepeso causado pela clozapina, mantida em 400 mg ao dia. Além desses ajustes posológicos, iniciou psicoterapia individual.
Mário continuou frequentando o centro de convivência, com boa regularidade e satisfação com essa atividade. Chegou a viajar para a praia, em casa de parente e, ao retornar, passou a se queixar de solidão, o que foi interpretado positivamente, no sentido de que isso o levaria a procurar companhia.
Alguns meses depois, apresentou novo episódio de ansiedade ou angústia sem motivo aparente, referida como "agonia", que causou grande sofrimento ao paciente. Dessa vez, a clozapina foi aumentada para 500 mg ao dia, com boa resposta. Com isso, reduziu-se gradualmente o haloperidol para 5 mg ao dia, mantendo-se o lorazepam em 2 mg, duas vezes ao dia. Voltou a se interessar por seu violão e aprendeu a lidar melhor com a mãe, que era extremamente ansiosa e ansiogênica, dizia que desenvolvera "tática de retirada na hora de estresse".
Quatro anos após a consulta inicial, Mário se considerava finalmente em "paz de espírito" e relatava que a "visão de coisas pequenas" tinha melhorado bastante, assim como a sensação de ser observado. Mantinha as atividades no centro de convivência e a psicoterapia. Voltou a ter aulas de violão. Nessa época, retirou pólipo nasal e é possível que sua qualidade do sono tenha melhorado, de modo que passou a se sentir mais disposto, pensou em trabalhar ou voltar a estudar. Quase iniciou um namoro.
Dedicou-se com afinco a atividades físicas, pois queria "perder a barriga", bem como iniciou um curso supletivo. No entanto, logo notou que as atividades físicas tinham se tornado muito compulsivas ("viraram uma mania") e que o estudo estava "forçando a mente", tudo contribuindo para aumento de estresse e ameaçando sua estabilidade, de modo que

interrompeu essas atividades. Manteve as aulas de violão e passeava com seu cão, além de continuar com a psicoterapia e as atividades no centro de convivência.

Curiosamente, passou a perder peso mesmo com o uso da clozapina. Exames para alterações metabólicas e outros se mostraram normais. Na época, apresentou sintomas hipocondríacos referentes a ter contraído aids, submetendo-se a repetidos exames.
Seis anos após aquela primeira consulta, Mário se mostrava menos ansioso e mais comunicativo. Queixava-se ainda de não ter amigos. Embora estivesse aposentado por motivo de doença, pensava na possibilidade de trabalhar. Reduzimos a dose do haloperidol e logo o suspendemos; o paciente manteve-se bem. Meses depois, faltou a clozapina na Secretaria de Saúde, de modo que, por conta própria, já que se sentia bem, e apoiado pela psicoterapeuta, Mário teve a dose do medicamento reduzida para 200 mg ao dia.
Convenci-o a tomar ao menos 300 mg ao dia, o que, no entanto, não foi suficiente, pois logo se mostrou menos comunicativo e inseguro quanto a sua sanidade mental, além de angustiado. Concordou em tomar 500 mg ao dia de clozapina e retomou sua melhora.
Passou a dedicar-se à leitura, o que faz até hoje, retirando vários livros na biblioteca pública. Manteve as demais atividades e gostou muito de ter participado do desfile do dia da luta antimanicomial, atuando na bateria.
Cerca de oito anos após a consulta inicial, sentiu que não precisava mais do centro de convivência devido às demais atividades que tinha. Ajudou esporadicamente em loja de propriedade de conhecidos e se sentiu muito bem por constatar que conseguia fazê-lo, inclusive recepcionando clientes do local. Conheceu uma moça, com quem veio a oficializar namoro. Alugou um cômodo e conseguiu residir ali de modo independente. Retomou o supletivo e admirava-se por estar bem em aula, sem aquelas sensações estranhas que por tanto tempo o perturbaram. Atualmente, aos 32 anos, já concluiu o supletivo.
Mantém o uso da clozapina e do lorazepam.

DISCUSSÃO

Mário apresentava todas as características de prognóstico ruim para esquizofrenia, como a personalidade pré-mórbida comprometida, o início precoce na adolescência, o isolamento social, os sintomas negativos, entre outras.
A impressão diagnóstica de esquizofrenia hebefrênica foi condizente com esse quadro clínico sombrio, sendo que caberia também o diagnóstico de esquizofrenia residual.
Felizmente, para o paciente em questão, em que pesem todos os dados de mau prognóstico, a evolução não seguiu o padrão esperado.
Sabemos, no entanto, que há casos de esquizofrenia em que fatores iniciais de bom prognóstico predominam, mas que evoluem mal. Ante essa imprevisibilidade quanto ao prognóstico, devemos ter em mente que casos como o aqui apresentado podem se recuperar de forma até surpreendente. Tudo indica que o uso da clozapina, um antipsi-

cótico que pode ter efeito benéfico também em sintomas negativos, e as abordagens psicossociais às quais o paciente teve acesso, como o acompanhante terapêutico, o centro de convivência e a psicoterapia, contribuíram decisivamente para esse desfecho mais benigno. Certamente, contribuiu também a adesão ao tratamento, facilitada pela boa relação médico-paciente estabelecida.

A longa e lenta evolução de casos como este, e possíveis recaídas, não devem desestimular o médico a sempre procurar oferecer os recursos mais indicados para o paciente em cada momento, lidando com cautela com a delicada relação entre uma estabilidade atingida e a ousadia em investir em melhora ulterior.

19

AGORA OUVINDO AS MELODIAS E LENDO AS PARTITURAS

IDENTIFICAÇÃO

QUIRINO CORDEIRO, PEDRO SHIOZAWA

Féres, 31 anos, músico, natural e procedente de São Paulo.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Féres apresenta quadro de esquizofrenia marcado por alucinações visuais e auditivas refratárias ao uso de vários esquemas de tratamento com antipsicóticos. Por conta de sua baixa resposta clínica, os médicos responsáveis por seu tratamento o encaminharam para avaliação no laboratório de neuromodulação de nosso hospital, onde estava em acompanhamento ambulatorial.

O objetivo era oferecer ao paciente uma nova abordagem terapêutica, já que as repercussões causadas por seus sintomas psicóticos estavam comprometendo sobremaneira seus estudos: o paciente era músico e estava pleiteando uma bolsa de estudos em um conservatório.

HISTORIA

Paciente de 31 anos de idade, sexo masculino, natural e procedente de São Paulo, com histórico de esquizofrenia, subtipo paranoide.

Há nove anos, quando tinha 22 anos de idade e cursava faculdade de Música, Féres iniciou quadro caracterizado por maior isolamento social e familiar, diminuição da capa- cidade produtiva, queda no desempenho acadêmico e alucinações visuais e auditivas que passaram a limitar sua independência para atividades da vida diária. Na ocasião, foi levado ao pronto-socorro psiquiátrico de uma instituição universitária, na cidade de São Paulo, pois, além dos sintomas psicóticos, apresentava ideação suicida.

Após o atendimento no serviço de emergência, o paciente foi encaminhado para o ambulatório do hospital, onde passou a ser acompanhado. Recebeu, então, o diagnóstico de esquizofrenia e começou o uso de medicamento antipsicótico. Naquele momento,

bem como a remissão da ideação suicida. Todavia, isolamento social e um embotamento 8 mg ao dia de risperidona possibilitaram um controle adequado dos sintomas psicóticos, da expressão do afeto (sintomas negativos da esquizofrenia) logo se tornaram evidentes, e não melhoravam com a diminuição da dose da risperidona.

Mesmo com a doença, o paciente conseguiu concluir a faculdade de Música. Quatro anos após o surgimento de seu quadro clínico, Féres passou a apresentar recorrência de sintomas delirantes persecutórios, bem como alucinações visuais e auditivas. Na época, dada a refratariedade de seu quadro, esteve internado por dois meses, quando começou a fazer uso de clozapina, chegando à dose de 500 mg ao dia. Após sua alta hospitalar, o paciente foi encaminhado para o hospital-dia da instituição, passando a receber uma abordagem psicoeducativa, com vistas a sua reabilitação. Devido persistência dos sintomas psicóticos, mormente alterações da sensopercepção, dois anos após sua primeira internação psiquiátrica, ele foi outra vez hospitalizado. Obteve alta hospitalar, mas a

melhora foi pequena: persistiam as alucinações auditivas e o paciente apresentava grande sofrimento e prejuízo significativo nas mais diferentes esferas da vida. Dessa forma, naquele mesmo ano foi internado novamente.
Após a terceira internação, o paciente estava em uso de clozapina, na dose de 650 mg ao dia, o que contribuiu para um melhor controle de seu quadro clínico. No entanto, mesmo com o ajuste da clozapina para a dose de 700 mg ao dia (não tolerava doses maiores) e a introdução de risperidona como antipsicótico adjuvante, ainda permanecia sintomático. As alucinações não o abandonavam. Féres já não podia fazer qualquer coisa, pois seus sintomas o atormentavam. Há muito tempo já não conseguia mais se dedicar a sua maior paixão, a música. Diante, então, da gravidade e da refratariedade de seu quadro alucinatório, a equipe médica decidiu encaminhá-lo para avaliação no recém-inaugura- do laboratório de neuromodulação do hospital, a fim de tentar uma nova perspectiva terapêutica. Como os pesquisadores do laboratório estavam realizando protocolos com estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC), foi decidido utilizar tal técnica, mesmo de maneira experimental, para o manejo dos sintomas residuais do paciente.

ACHADOS

Em sua avaliação clínica no laboratório de neuromodulação, o paciente apresentava graves sintomas alucinatórios residuais. Não havia comorbidades clínicas psiquiátricas ou clínicas. Assim, ele foi submetido ao protocolo com ETCC.

CURSO

O mecanismo de ação da ETCC em humanos ainda é foco de pesquisas. Sabe-se, no entanto, que o uso de uma corrente elétrica direta sobre o córtex cerebral motor primário é capaz de gerar alterações em sua excitabilidade, sendo que esse efeito é polaridade-dependente. A estimulação anódica desencadeia hipopolarização somática com facilitação da atividade cortical, enquanto a catódica promove hiperpolarização do soma neuronal com inibição local da atividade neuronal. Esses efeitos ocorrem durante a aplicação cerebral da técnica, mas permanecem por até uma hora. Com o tratamento psicofarmacológico associado, a duração desses efeitos pode ser ainda maior, com possíveis ações em longo prazo devido ao fenômeno de neuroplasticidade cerebral.1 Então, após as várias sessões de aplicação da ETCC, o paciente apresentou remissão dos sintomas alucinatórios, com repercussões surpreendentes em sua funcionalidade. Depois de cerca de dois anos do tratamento com a ETCC, Féres mantém-se estável com o uso de clozapina e risperidona, tendo retomado seus estudos musicais.

DISCUSSÃO

A estimativa é que por volta de 30% dos pacientes com esquizofrenia apresentem refratariedade ao uso de antipsicóticos em geral, necessitando de clozapina. Desses pacientes refratários, cerca de 30% também apresentam baixa resposta ao uso da clozapina, o que perfaz cerca de 10% do total de pacientes com o transtorno, ou seja, são indivíduos super-refratários ou respondedores parciais à clozapina. Esses pacientes representam um desafio no tratamento da esquizofrenia. As estratégias farmacológicas e não farmacológicas de potencialização continuam as únicas opções para essa população. No caso em questão, o paciente foi submetido à abordagem terapêutica neuromodula- tória, ainda experimental, obtendo controle satisfatório de seus sintomas alucinatórios residuais. O que vale ressaltar, no entanto, é que, considerando a gravidade de seu quadro clínico, super-refratário, o esquema terapêutico com clozapina potencializada com outro antipsicótico e a abordagem neuromodulatória experimental para o manejo de seus

sintomas alucinatórios residuais, o paciente foi capaz de retomar aquilo que mais gostava, sua carreira musical. Conseguiu uma bolsa de estudos em um conservatório e gravou recentemente uma série de CDs sobre estudos de valsa. O paciente não apresenta mais o quadro alucinatório que tanto o atormentava. Agora, consegue ouvir as melodias de suas músicas preferidas e ler suas partituras.

1. Shiozawa et al. Transcranial direct current stimulation (tDCS) for the treatment of persistent visual and auditory hallucinations in schizophrenia: a case study. Brain Stimul, 6:831-3, 2013.

IDENTIFICAÇÃO

20

O ASPIRANTE A PASTOR

ALFREDO MINERVINO

João, 18 anos, militar iniciante (um mês de quartel), filho único de um casal de agricultores de uma cidade da grande João Pessoa, Paraíba.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

O paciente veio ao serviço do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HU/LW) trazido pela mãe, pois havia sacado a arma no dormitório do quartel após "perceber que os colegas de farda riam dele" e armavam um complô para matá-lo. Ele conta que havia um rádio que ficava ligado em seu alojamento, com som diretamente voltado para sua cama. Por meio do rádio, "falam de minha família e dizem que não valho nada, anunciam coisas íntimas e questionam minha sexualidade, dizendo que eu sou gay... mas não sou".

HISTÓRIA

Segundo sua mãe, João já havia manifestado um quadro como esse aos 14 anos, quando dizia que, no colégio, os amigos o perseguiam por ser filho de pobre em escola de rico (era bolsista da prefeitura de sua cidade em uma escola particular de João Pessoa). Na ocasião, foi levado a um médico de família que prescreveu 1 mg de haloperidol e 25 mg de prometazina, ambos duas vezes ao dia, e 3 mg de bromazepam ao deitar. João ficou bem na quarta semana de tratamento, e o médico retirou a medicação após três meses de uso. Desde então, não havia tido mais qualquer manifestação, apesar de a mãe achá-lo um pouco isolado e "esquisito". Entretanto, ela diz que João sempre foi muito estudioso e nunca repetiu de ano ou ficou de recuperação, sendo destaque na sala de aula e no colégio.
Aos 17 anos, ele disse para a mãe que gostaria de morrer, pois nunca tivera uma namorada. Todavia nunca atentou contra a própria vida.

Aos 18 anos, alistou-se no exército e, como já tinha terminado o terceiro ano, foi colocado para servir no Núcleo de Preparação de Oficiais da Reserva (NPOR), onde já entrou como aspirante a tenente. Segundo a mãe, dizia que considerava essa a grande chance de mudar sua vida e a de seus familiares, mas seus dias no exército, segundo ele, foram de muita pressão.

ACHADOS

João chegou ao ambulatório de esquizofrenia do HU/LW encaminhado pelo setor médico do exército, já que a instituição não contava com psiquiatras.
Apresentou-se fardado, acompanhado por escolta do exército e com um encaminha- mento do setor médico onde era descrito como "paciente surtado colocando em perigo toda a corporação, aceita o medicamento risperidona, 2 mg por dia, e dorme bem, solicito

avaliação e conduta do psiquiatra, que deverá, por meio de laudo, decidir se o paciente permanece preso ou solto em sua residência, sob responsabilidade da família".
Mostrava-se aparentemente tranquilo, porém olhava de modo constante para os lados, fitando os olhos nos dois soldados do exército que faziam sua escolta, já que estava preso por indisciplina. Solicitei aos soldados para que saíssem. João demonstrava que se sentia incomodado com a situação de estar preso. Ficava o tempo todo preocupado com o que era anotado e o que iríamos fazer com ele. Relatou sua "saga de problemas no exército". No exame do estado mental, apresentou-se consciente, orientado globalmente, atenção com alterações para hipotenacidade e hipervigilância, humor irritável, vontade mantida, pensamento com delírios persecutórios, sensopercepção com alucinações auditivas, não demonstrou alterações de memória ou linguagem e a inteligência estava preservada. Ao exame físico, observou-se uma aparência saudável, peso de 75 quilos e altura de 1,78 cm, sem queixas e sem achados significativos. Foram solicitados exames de bioquímica do sangue, como hemograma, glicemia de jejum, triglicerídeos, colesterol total e frações, transaminases, amilase, fosfatase alcalina, T4 livre, T3 e TSH, ureia e creatinina, os quais não evidenciaram quaisquer alterações. Próximo à alta, perguntei se ele tomaria o medicamento prescrito, sempre sob supervisão da mãe. Ficou um pouco incomodado, mas aceitou. Como não apresentou qualquer alteração clínica ou neurológica que pudesse justificar seus sintomas, optamos pelo uso de risperidona, 4 mg ao dia, com consultas semanais e encaminhamento para grupo multidisciplinar, no qual seria atendido por enfermeira, terapeuta ocupacional, psicóloga e assistente social. Foi também encaminhado à terapia em grupo e ao grupo de esquizofrenia.

CURSO
Uma semana após a primeira consulta, retornou trazido pela mãe e por escolta do exército. Ainda estava no quartel, tomando o medicamento de acordo com a prescrição, contudo em leito de hospital militar e sob custódia diuturna. Observou-se uma diminuição dos delírios, embora ainda acreditasse na existência de um complô, mas não mais
apresentava
o desejo de matar os companheiros militares. Alimenta-se bem e não falava mais sobre o "rádio". Incomodou-se com o fato de seguir no hospital e de estar preso. Participou do grupo de terapia ocupacional e das consultas com enfermeira e assistente social. A assistente social solicitou que emitíssemos um atestado, pois só assim João poderia ir para casa e ser cuidado por sua família. Emitimos atestado de 30 dias, e o paciente retornou para casa. Lá, seguiu melhorando até que, após 45 dias, não mais apresentava qualquer sintoma psicótico. Mantivemos o medicamento inicialmente prescrito por um ano. Nesse tempo, o paciente evoluiu satisfatoriamente. Entretanto, com frequência falhava em ou 2 tomadas do medicamento por semana. Isso fez as ideias delirantes retornarem em cinco ocasiões. Assim, em uma consulta, foi aconselhado ao paciente o uso de antipsicótico injetável (IM) uma vez ao mês. João iniciou com o palmitato de paliperidona. Com uma dose de manutenção de 100 mg ao mês, manteve-se assinto- mático, cooperativo e sem problemas para receber as injeções.
No sexto mês de tratamento, resolveu pedir dispensa do exército e foi trabalhar no comércio, vendendo CD e DVD em banca na rua. Ali, foi convidado a conhecer uma igreja de denominação evangélica pentecostal, à qual se engajou, passando a cantar nos cultos cerca de quatro vezes na semana. Após nove meses, foi batizado e iniciou um curso para

ser pastor. Por três anos seguidos, frequentou a faculdade de Teologia e o curso de pastor. Na época, iniciou um programa vespertino de rádio, onde pregava, começou um namoro e noivou.

Três anos após o início do tratamento, já gravou quatro CDs de músicas evangélicas, mantendo uma vida dedicada à igreja e ao programa de rádio. Segue recebendo o antipsicótico mensalmente e realiza 2 ou 3 consultas ao ano.

DISCUSSÃO

Trata-se de um jovem que teve seu primeiro surto ainda no início na adolescência e que, aparentemente, apresentou uma melhora espontânea, sem tratamento. A disciplina e o rigor do serviço militar (p. ex., grandes períodos de restrição de sono e alimentar, que fazem parte do treinamento) provavelmente foram os fatores estressores que contribuíram para um novo surto psicótico. Durante a hospitalização, aderiu de forma satisfatória ao tratamento proposto pela equipe multiprofissional. A disponibilidade de um atendimento

imediato, a supervisão direta da enfermagem, eliminando o risco do não uso do medicamento, e a inclusão rápida do paciente no grupo de terapia ocupacional ajudaram de modo considerável a evolução do quadro. A identificação do uso irregular do antipsicótico por via oral e a troca dessa via para a injetável foram essenciais para evitar uma recaída. O uso regular do medicamento e o trabalho psicoterapêutico de busca por algo com que João se identificasse, como a religião, foram cruciais na estabilidade do paciente, pois o tornaram importante do ponto de vista social e profissional.

21
AJUDANDO O PRÓXIMO

IDENTIFICAÇÃO

Breno, 35 anos, advogado, solteiro.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

ANA PAULA WERNECK

Breno chegou para avaliação médica no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) trazido por uma colega de trabalho, Anna. Ela era a única pessoa com a qual Breno se relacionava nos últimos dois anos. A colega estava muito preocupada com a saúde e a segurança de Breno, que não se alimentava bem, deixava resto de comida estragada pela casa, não permitia que seu apartamento fosse limpo. Na última semana, Anna foi abordada por outros condôminos para ajudar a resolver um problema envolvendo o amigo. Além do cheiro ruim e forte que vinha do apartamento de Breno, os vizinhos reclamaram que ele passara a escutar músicas em volume extremamente alto e que, às vezes, lançava objetos pela janela.

A colega informou que, há dois anos, Breno abandonou o emprego público e dizia que estava em retiro espiritual, que iria cursar Filosofia para ser professor e ajudar outras pessoas. Desde então, não aceita ser avaliado por qualquer médico e tomar medicamentos.

Breno relatou que entrava em contato com as forças da natureza pela música. E era por meio da música que sentia as pessoas em seu corpo e conseguia ajudá-las. Estava irritado por se sentir prejudicado por alguns espíritos que voltaram a atrapalhar sua vida, mandando mensagens e alterando o som das músicas, o que o impedia de ajudar as almas boas. Além disso, os espíritos ruins voltaram a criticá-lo em tudo o que ele fazia.

HISTÓRIA

Breno era o oitavo de uma prole de 10 filhos, criado por seus pais com outros primos e tios, em uma comunidade pesqueira. Há um histórico familiar de alcoolismo em vários tios paternos. Formou-se em Direito aos 21 anos e optou por seguir uma carreira que

desse maior segurança e estabilidade financeira, pois não gostava de se arriscar, era reservado e metódico. Muitas vezes reagia com irritação quando se sentia prejudicado ou via outro sendo prejudicado. Aos 23 anos, foi aprovado em concurso público para um cargo na Receita Federal que exigia formação em sua área de graduação.

Foi hospitalizado uma única vez, aos 26 anos, quando apresentou o primeiro surto psicótico. Na época, acreditava que diversos espíritos o estavam amaldiçoando, que trabalhavam em conjunto com forças naturais para destruí-lo, minando sua boa reputa- ção no trabalho e com os amigos. Segundo ele, essas forças disparavam mensagens nos computadores e celulares das pessoas próximas difamando-o. Chegou a frequentar um centro espírita para tentar se livrar dos espíritos. Ouvia os espíritos conversando entre eles, fazendo comentários a seu respeito, criticando-o se comia ou deixava de comer e quando ele tentava iniciar qualquer ação. Passou a comer mal, para evitar os comentários, e a permanecer longos períodos em silêncio ouvindo música em volume alto. Com isso, ajudava as almas boas e impedia que as ruins "ganhassem". A namorada da época chamou o serviço de emergência durante uma crise de agitação em que Breno atirou seu violão e documentos pela janela. Foi necessário o apoio da polícia para realizar contenção física, porque ele estava bastante descontrolado, irritado por ser retirado de sua casa, imaginando que seria morto pelos espíritos.

Durante a internação, recebeu risperidona e, em pouco tempo, houve remissão das ideias delirantes e das alucinações. Após a alta, permaneceu em acompanhamento com psiquiatra por quase dois anos, quando abandonou o tratamento. Retomou suas atividades laborais com alguma dificuldade de cumprir horário, por acordar tarde, e sua chefia passou a não delegar mais atividades de maior responsabilidade para ele.

Durante os cinco anos seguintes, aos poucos foi conquistando mais espaço no tra- balho e lidando com tarefas de maior complexidade, mas não assumia sozinho as que envolviam grande responsabilidade. Persistiu trabalhando na Receita Federal e, em seus momentos livres, participava de ações de voluntariado em hospitais, levando palavras de tranquilidade para pacientes terminais, e distribuía comida nas noites de sábado para os desabrigados no centro da cidade com um colega do centro espírita que passou a frequentar semanalmente após o primeiro surto.

ACHADOS

Na avaliação médica, Breno estava lúcido, sabia onde se encontrava e o dia no calendário. Não quis se sentar, demonstrando grande preocupação em ser hospitalizado novamente. A colega o tranquilizava, e ele insistiu que ela permanecesse junto dele. Contou que havia atirado pela janela objetos que traziam maus espíritos para dentro de sua casa e que precisava aumentar o volume da música para se comunicar de forma positiva com

as pessoas boas. Disse que, no dia anterior, fez um ritual na chuva, tirando a roupa e ficando só de calção de banho na área de lazer do prédio para afastar os espíritos ruins, que eram os das vozes que faziam comentários negativos a seu respeito. Explicou que precisava retornar para casa, para ouvir música. Conta que muitas vezes sentia um grande

prazer ao escutar as músicas e que percebia seu corpo sendo o próprio instrumento que gerava os sons. Mas, na maior parte do tempo, não conseguia ter essa vivência positiva por influência negativa de espíritos atormentados.
A fala não era acelerada e não havia polarização do humor. Ele demonstrava alguma irritação e grande desconfiança. Não via necessidade do atendimento a não ser para dormir melhor, o que as vozes não deixavam.
Não apresentava alteração ao exame físico, testes laboratoriais foram solicitados sem alterações significativas e a ressonância magnética do crânio estava normal (solicitada por haver relato de trauma craniencefálico por queda de motocicleta recente seguida de tontura).

O afeto do paciente não tinha alteração, era congruente, e ele não estava deprimido ou exaltado, embora eventualmente se irritasse.
diagnóstico dado foi de esquizofrenia paranoide, de acordo com a Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10). O subtipo é classificado como paranoide devido ao predomínio de alucinações e delírios e à ausência de alteração na vida afetiva. Em geral, são os pacientes que apresentam melhor prognóstico.

CURSO

Breno tomou 4 mg ao dia de risperidona e, em menos de 10 dias, os sintomas mostravam melhora. A colega, Anna, conseguiu convencê-lo a passar os primeiros dois dias em sua casa e depois a ser cuidado pela própria mãe em seu apartamento.
Com o desaparecimento dos sintomas e as consultas regulares, Breno passou a questionar as vivências psicóticas e a compreender a crise como uma alteração de sua mente. A ligação com o espiritismo permaneceu muito forte, assim como a necessidade de ajudar o próximo. No início, as únicas atividades prazerosas estavam relacionadas ao espiritismo: idas regulares ao centro espírita, atividade de voluntariado nos hospitais e ação com os desabrigados nas ruas. Era criticado pelos amigos por deixar de comparecer a eventos sociais importantes por conta de tais compromissos. Aos poucos, depois de quase quatro anos de ausência de sintomas, passou a participar de atividades sociais, viagens a passeios e ter envolvimento amoroso de curta duração. Atualmente, mantém atividade de ajuda ao próximo no Centro de Valorização da Vida (CVV).

DISCUSSÃO

As principais características do transtorno de Breno eram as vivências corpóreas associadas à música, as alucinações cenestésicas, o pensamento delirante místico e as alucinações auditivas tecendo comentários sobre suas ações. Além disso, o paciente apresentava forte desconfiança.

22
SUPERANDO AS LIMITAÇÕES

IDENTIFICAÇÃO

FABIANA NERY, LUIZ GUIMARÃES
Francisco, 32 anos, solteiro, brasileiro, reside com os pais.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

O paciente foi trazido para o serviço de internação psiquiátrica pelo resgate domiciliar. No momento da primeira avaliação, apresentava-se heteroagressivo, em agitação psicomotora e relatava que estava sendo filmado, que havia câmeras de vídeo no ar-condicionado, que seu telefone estava grampeado, que havia uma "trama" contra ele e que seus pais

estavam envolvidos. Os genitores relataram que, seis meses antes, o paciente tornou-se mais ensimesmado, isolado, inquieto, não querendo cumprimentar as pessoas fisicamente para não se contaminar e que passou a ficar cada vez mais agressivo.

HISTÓRIA

Descrito como pessoa reservada e muito rígida em todos os seus afazeres, Francisco zelava pelo primor em tudo que fazia, sempre levando muito a sério os compromissos. Desde muito jovem, apresentou dificuldade em lidar com tudo que não parecesse "certo" ou com mudanças de última hora. Nunca teve amigos íntimos e era descrito como pessoa calma e afável, porém apresentava dificuldade em lidar com críticas.

Rigoroso com sua forma física, sempre optou por alimentos saudáveis, praticava atividade física intensa - musculação e corrida-, sendo descrito como obcecado por tais atividades. Durante a adolescência, nunca apresentou alterações clínicas ou psíquicas que chamassem atenção. Francisco teve poucos relacionamentos amorosos. Sendo sempre muito dedicado aos estudos, fez seleção e conseguiu bolsa de estudos integral nos Estados Unidos, onde cursou a faculdade. Ao concluir o curso, Francisco retornou ao Brasil por causa de uma namorada e, ao chegar, o relacionamento terminou. "Ela me desprezou

por ter conhecido uma pessoa que poderia lhe dar mais conforto." Após esse período, o paciente tornou-se mais ensimesmado, inquieto e hostil.

ACHADOS

Inicialmente, Francisco apresentava-se agitado, entretanto, após o manejo verbal, se tornou colaborativo e respondeu de forma adequada aos questionamentos. Estava orientado no tempo e no espaço, e em relação a si mesmo. Explicava de maneira lógica, coerente, concatenada e com riqueza de detalhes a "trama" de que estava sendo alvo, entretanto não sabia explicar o motivo do envolvimento de seus pais nesse complô. Francisco referia ouvir vozes e explicava que eram de pessoas participantes da "trama" que se comunicavam com ele por meio das câmeras de vídeo e do telefone grampeado. Permaneceu muito ansioso e com uma postura desconfiada durante toda a avaliação. O exame físico não revelou alterações, assim como não foram observadas anormalidades nos testes laboratoriais (hemograma, glicemia, eletrólitos, função renal, função hepática, função tireoidiana), no exame toxicológico de urina e na ressonância magnética cerebral.

CURSO

Inicialmente, Francisco permaneceu 13 dias internado. Durante esse período, manteve-se sem insight e negando estar doente, passando a racionalizar seus comportamentos, embora se percebesse de modo claro que mantinha sintomas psicóticos, sobretudo delírios de cunho paranoide. Durante a internação, fez uso de 20 mg de olanzapina e 1.000 mg de divalproato de sódio. Nesse período, a hipótese diagnóstica era de episódio maníaco com sintomas psicóticos. A pedido da família, que não aceitava a condição de Francisco, ele obteve alta quando apresentou uma melhora apenas parcial. Ainda sintomático, Francisco se comprometeu a fazer uso dos medicamentos, embora se percebesse que não cumpriria com essa promessa.

Após 15 dias da alta, o paciente foi trazido mais uma vez para internação. Durante o período em que permaneceu em casa, ele interrompeu o uso dos medicamentos e manteve sintomas persecutórios e comportamento hostil, indo ao aeroporto para fugir do "esquema" que estavam montando contra ele, o que o levou a ser involuntariamente internado mais uma vez. Francisco permaneceu sete dias internado e iniciou o uso de 6 mg de risperidona oral, devido à queixa de sedação causada pela olanzapina na inter- nação anterior. Ele apresentou boa resposta inicial ao medicamento, com redução da agitação e da

agressividade, entretanto, como no primeiro internamento, obteve alta a pedido da família embora ainda estivesse delirante e sem sentimento de autopatognose.

Três dias após a alta solicitada pelos pais, Francisco foi novamente internado em franco oral. Apesar da orientação de iniciar medicamento antipsicótico de depósito, os pais se quadro psicótico, com delírios persecutórios e religiosos e negativismo ao medicamento mostraram resistentes ao tratamento injetável e, por isso, o paciente fez uso de 9 mg de paliperidona oral. Francisco teve alta por melhora clínica após 18 dias de internação, sem sintomas psicóticos agudos e com uma crítica adequada sobre seus sintomas, porém com pouca aceitação da necessidade de tratamento prolongado após a alta e do uso contínuo do medicamento.

Francisco interrompeu novamente o uso do medicamento poucos dias após a alta e evoluiu com reagudização dos sintomas delirantes e das alucinações auditivas. Foi internado pela quarta vez, quatro meses após a alta da última internação. Dessa vez, com o consentimento dos pais, foi administrada paliperidona de depósito com dose de manutenção de 100 mg por mês e realizada psicoeducação de forma intensiva tanto do paciente quanto dos familiares. Após 40 dias de internamento, Francisco recebeu alta com melhora significativa, sem sintomas psicóticos agudos, apesar de manter uma atitude desconfiada, e apresentando crítica adequada sobre sua patologia e a necessidade de manutenção do tratamento.

Durante o tratamento ambulatorial, Francisco manteve o uso do medicamento antipsi- cótico de depósito e aprendeu a gerenciar seus sintomas paranoides residuais, reconhe- cendo os pródromos. Voltou a fazer atividade física e concluiu com êxito a faculdade de Direito, tendo passado em primeiro lugar no exame da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). Porém, insatisfeito com a cultura brasileira, decidiu morar na Europa. Com o apoio de sua família, Francisco viajou, fez entrevista e foi contratado por um importante escritório de advocacia na Europa. Atualmente, cerca de três anos após sua última internação, mora sozinho, continua trabalhando no mesmo escritório e constantemente realiza viagens de trabalho. Francisco mantém o uso regular do medicamento e faz acompanhamento ambulatorial quando vem ao Brasil, pois não deseja expor sua história clínica a outro médico por medo que seus colegas descubram sua doença, e apresenta senso de humor ao falar de seus sintomas "trabalho em um ambiente que é todo vigiado por câmeras, prato cheio para uma pessoa como eu". Francisco relata que tem vontade de voltar a morar no Brasil pela saudade de sua família e isso está em seus planos futuros.

DISCUSSÃO

Considerando o desempenho acima da média e o início relativamente tardio dos sintomas mais significativos, a hipótese diagnóstica a princípio foi de transtorno bipolar, episódio maníaco com sintomas psicóticos (F31.2). Entretanto, a evolução e permanência de sintomas psicóticos residuais evidenciaram um quadro mais processual, característico

de uma esquizofrenia paranoide (F20.0). Segundo a Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10), o quadro clínico da esquizofrenia paranoide é dominado por delírios relativamente estáveis, com frequência paranoides, geralmente acompanhados por alucinações auditivas, e perturbações da percepção. O transtorno do pensamento pode ser óbvio nos estados agudos, porém não impede que o delírio ou as alucinações sejam descritos de modo claro. São comuns perturbações do humor, como irritabilidade, raiva repentina, receio e suspeita. Sintomas negativos, como embotamento afetivo e comprometimento da volição, estão frequentemente presentes, porém não

dominam o quadro clínico. O curso da esquizofrenia paranoide pode ser episódico, com remissões parciais ou completas, ou crônico.

Apesar de a esquizofrenia geralmente estar associada a retraimento social e dimi- nuição do desempenho global, o que se observa, no presente relato, é uma evolução caracterizada por independência familiar e um desempenho funcional acima da média, associados a uma crítica adequada sobre a doença e a necessidade de tratamento, assim como a utilização de estratégias para lidar com os sintomas residuais. O uso contínuo do medicamento e a psicoeducação do paciente e de seus familiares representaram os pilares fundamentais para a boa evolução de Francisco.

23

A ÁRVORE QUE FLORESCEU

IDENTIFICAÇÃO

FLAVIO SHANSIS

Rodrigo, 45 anos, cidadão uruguaio, vive no Brasil.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Conheci Rodrigo há exatos 20 anos, quando ambos éramos bem mais jovens. Nestas últimas duas décadas, estamos envelhecendo juntos. Eu o venho acompanhando ao longo desse tempo com a frequência de uma consulta semanal. Essa regularidade apenas é interrompida durante o período de nossas férias. O paciente que assisto hoje - em encon- tros que são uma mescla de consultas clínicas com sessões de psicoterapia de apoio, cognitivo-comportamental e de orientação analítica - não guarda nada daquele jovem tão doente que conheci em um verão do ano de 1996. Naquele janeiro fui referenciado por uma colega mais experiente para realizar um atendimento domiciliar de um jovem que estaria em surto psicótico. Lembro-me que, chegando à casa de seus pais, fui levado ao quarto do rapaz e lá encontrei um homem jovem bastante assustado e agitado. Ao sentar-me ao lado de sua cama, ele me contou uma longa trama recheada por persegui- dores que estariam acompanhando todos os seus passos. Essa suposta persecução já o teria feito ir ao aeroporto da cidade buscar sinais de armistício que deveriam ter sido enviados por passageiros-emissários (mas que não o teriam feito, deixando-o ainda mais apreensivo), assim como essa "caçada" induzia que ele, naquele momento, tivesse que fechar os vidros e persianas de todas as janelas de sua casa, pois, ali na sua rua, também havia pedestres-espiões que faziam parte desse grande complô. Mesmo com as janelas fechadas, Rodrigo inquietava-se com vozes que comentavam sobre o plano dos perseguidores, assim como com imagens de astros do rock que apareciam, por vezes, à sua frente, zombando dele.

HISTORIA

Em relação a sua infância, Rodrigo é descrito como uma criança mais tímida. Tinha um número restrito de amigos, porém seu desempenho escolar foi sempre satisfatório. Lembra-se, no entanto, que, em função de seu retraimento social, muitas vezes fora alvo de atitudes agressivas verbais, repetitivas e intencionais, hoje denominadas de bullying. Geralmente, os insultos referiam-se a seu jeito mais quieto e retraído e, por isso, o chamavam de "árvore". A "árvore" tornou-se adolescente e, na tentativa de enfrentar sua timidez, começou a usar álcool de forma cada vez mais constante (tendo, ainda, o modelo paterno de abuso de álcool) e iniciou, gradual e constantemente, a fazer uso de maconha. Passou a fazer parte de um grupo social em que o emprego de álcool e maconha era a

regra. Com facilidade, obteve sucesso em seu primeiro vestibular. Junto a colegas da faculdade, criou um vínculo social mais forte, assentado no abuso de drogas. Iniciou, então, um período de aumento gradativo de uso de maconha e, eventualmente, de cocaína. Em viagens estudantis, começou a sentir-se mais confiante, desde que utilizasse álcool e alguma droga; porém, inaugurou um período em que viria a ser conhecido, entre os colegas, como alguém que fica "fora de controle". Do jovem retraído, surgiu um perso- nagem que se popularizou na faculdade, em especial pelas "loucuras" cometidas em festas e encontros. Por essa época, começou a preocupar seus pais, pois retornava ao amanhecer para casa, sempre sob o efeito de álcool, assim como por terem descoberto do uso de maconha feito pelo filho. Instaurou-se um período de grande dificuldade no desempenho acadêmico. Rodrigo deixou de apresentar a tempo suas obrigações como aluno. Essa etapa terminou em uma situação até hoje recordada por Rodrigo: em uma aula expositiva, como requisito para ser aprovado em uma disciplina, foi duramente criticado pelo professor, saiu imediatamente da sala de aula e abandonou a faculdade. Conta que, na realidade, já por essa época os pensamentos delirantes de cunho paranoide se iniciaram. Acabou por trocar de curso na Universidade; contudo, os delírios seguiram em intensidade crescente, o que o impediu de seguir a contento os estudos. Isolou-se cada vez mais e começaram a surgir alucinações auditivas. Finalmente, aos 21 anos, a família resolveu interná-lo. Durante quatro anos, foi internado cinco cinco vezes em francos surtos psicóticos. Recebeu diferentes medicamentos antipsicóticos em doses e tempos adequados e, em uma das ocasiões, submeteu-se a sessões de eletroconvulsoterapia, entretanto, sem melhora sintomatológica significativa. No período entre as internações, manteve-se com sintomatologia psicótica basal: seguiu algo delirante e, pouco a pouco, evidenciou-se sintomatologia negativa. Quando, por fim, o conheci no atendimento no domicílio de seus pais, estava francamente psicótico e, por isso, precisei indicar sua sexta internação em um hospital psiquiátrico.

ACHADOS

Logo após a internação, Rodrigo permaneceu com importante alteração de pensamento (seguia com considerável delírio paranoide), com alucinações auditivas (em terceira pessoa e com vozes de comando) e evidentes alucinações visuais (dizia ver uma prima mergulhada em um latão que continha abundante sangue infectado por HIV). Estávamos no início do ano de 1996 e, dada sua aparente refratariedade aos antipsicóticos convencio- nais, resolvi iniciar com clozapina. Essa era uma época em que prescrever clozapina não era algo muito fácil: precisavamos de um hematologista para trabalhar em conjunto para que o medicamento fosse liberado. Passados dois meses da internação, Rodrigo atingiu a dose de 200 mg ao dia do antipsicótico atípico. Sua sintomatologia foi, pouco a pouco, esvanecendo-se. Como estava por terminar a segunda faculdade exatamente nesse período, foi liberado da internação para defender seu trabalho de conclusão de curso. Recebeu alta após dois meses e meio e diplomou-se na faculdade um mês após. Seguiu, então, acompanhamento de consultório comigo.

CURSO

Após a introdução da clozapina, Rodrigo obteve uma melhora importante. Como seguia, ainda, com algum resíduo sintomatológico (suas ideias de referência eram os sintomas mais evidentes), a dose foi aumentada para 250 mg ao dia. Com o aumento da dose, surgiram alguns sintomas obsessivos e, por isso, foi associado um inibidor da recaptação de

serotonina (IRS). Desde então - julho de 1996 -, o paciente segue com clozapina, 250 mg ao dia, e citalopram, 20 mg ao dia, e não apresenta qualquer sintoma na linha positiva. Nestes últimos 20 anos, não necessitou mais ser internado. Apesar de ter um diploma de nível superior, não trabalha. Viaja constantemente com a família, frequenta uma academia três vezes por semana e participa de um grupo cultural, em que é bastante assíduo. Após a morte do pai, auxilia a mãe no controle financeiro da casa. Segue isolado, quase sem amigos, mas muito próximo e afetivo com a família e comigo. Nas consultas, discute sua própria doença, as limitações impostas por ela e mostra capacidade para reflexões e insight.

DISCUSSÃO

O caso em questão desmistifica a ideia do inexorável deterioro que a esquizofrenia pode impor a seus portadores. Rodrigo prova-me isso há 20 anos, todas as semanas. Como referi anteriormente, ele e eu envelhecemos juntos, mas aprendemos muito, e eu pude compreender, com ele, que a doença pode seguir um curso mais benigno do que se supõe.

E isso pode ocorrer mesmo em casos extremamente graves como o de Rodrigo: um menino tímido, alvo de maus-tratos por seus pares e que se tornou um adolescente usuário de álcool e drogas para enfrentar sua dificuldade social. Isso catalisa o aparecimento de importante sintomatologia psicótica. Um rapaz que, dos 20 aos 25 anos, necessitou ser internado por seis vezes em quadros bastante graves e que era, aparentemente, refratário ao tratamento convencional. Quando recebeu clozapina, finalmente o curso da doença deixou de ser inexorável. Ele reestruturou-se, graduou-se em uma faculdade, tornou-se um filho afetivo e colaborador e é feliz com sua vida baseada em uma rotina de atividades culturais e esportivas, mesmo que em relativo isolamento social.

A "árvore" ironizada pelas crianças da vizinhança floresceu. Os frutos podem não ser aqueles de ter formado uma família, de ter um trabalho e uma vida economicamente produtiva. Mas a árvore deu flores e frutos que provam que a esquizofrenia pode ser superada, e Rodrigo me ensina, há 20 anos, toda semana, a acreditar que a psiquiatria pode aliviar a dor.

IDENTIFICAÇÃO

24

OLHOS AZUIS

MARCOS GEBARA

Pedro, 27 anos, solteiro, branco, natural do Rio de Janeiro, havia trancado o curso de Medicina.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Pedro chegou ao consultório em 2003. Na ocasião, morava com sua mãe. Veio por imposição da família, com história complicada de abandono dos estudos já havia alguns anos e tentativa de reingresso em várias faculdades de Medicina em alguns estados, além de relatos de agressão física contra professores e colegas, queda vertiginosa do rendimento intelectivo, total incapacidade de adaptação e transtornos do comportamento.

HISTÓRIA

Filho de pais separados, desde cedo Pedro viveu com a mãe em um bairro nobre da cidade. Seu pai é um empresário bem-sucedido. Tem um casal de irmãos mais novos por parte de pai. Sua mãe não se casou novamente, mas teve diversos relacionamentos amorosos. Jamais trabalhou. Frequentava muitas festas e fazia uso quase diário de bebidas alcoólicas.

O paciente teve uma infância relativamente normal. Estudou em boas escolas, apresentando desempenho mediano. Tinha alguns amigos, com quem jogava futebol, ia à praia, cinema, bares, etc.
Passou no vestibular de Medicina em uma universidade pública aos 17 anos. Quando cursava o segundo ano da faculdade, aos 19 anos, começou a "falar coisas estranhas", afirmando que os professores "estariam armando uma arapuca para pegá-lo e que alguns colegas eram coniventes". Tinha certeza do que dizia porque "o anjo Gabriel antecipava os acontecimentos, falando em seus ouvidos". Teve uma "revelação divina, por meio do anjo, de que a faculdade era um lugar demoníaco e que as pessoas que lá estavam eram todas ímpias e faziam parte de uma congregação do mal". Agrediu fisicamente

alguns professores e colegas, tendo sido contido por agentes de segurança da faculdade e encaminhado à polícia. Foi internado em hospital psiquiátrico, recebendo alta cerca de um mês depois. Tentou retomar os estudos, porém seu rendimento já não era suficiente para acompanhar a turma. Fazia o tratamento de forma irregular, o que levava a pioras do quadro, reinternações e, por conseguinte, abandono do curso.
A família tentou tratá-lo com vários médicos. Foram prescritos diversos medicamentos, que tomava por pouco tempo. Nunca levou a cabo qualquer tratamento. Nos períodos de acalmia, procurou ingressar em algumas faculdades particulares. Era aprovado nos vestibulares, mas logo "arrumava encrenca" e tinha que sair. Nos anos subsequentes, apesar do tratamento que recebia, não conseguia mais estudar, não se relacionava mais com amigos, vivia recluso, sempre falando em "armações, perseguições, malevolências e hostilidades". Os episódios delirante-alucinatórios intensificaram-se. Largou suas atividades físicas. Foi internado algumas vezes, tomava medicamentos (neurolépticos típicos) por algum tempo, porém não aderia ao tratamento, alegando mal-estar. Não havia relatos de antecedentes pessoais ou familiares.

ACHADOS

Na primeira consulta, Pedro chegou conduzido pelo pai. Apresentava bom aspecto geral de higiene, nutrição e vestuário. Ectoscopia normal. Postura e atitudes arredias. Sus- picaz. Discurso monossilábico e breve. Lúcido, orientado, hipervígil, hipotenaz, hiper- tímico, hiperbúlico, hipopragmático. Memória e inteligência preservadas. Consciência do eu íntegra. Pensamento normal na forma e no curso. Conteúdo delirante de cunho persecutório. Atividade alucinatória eliciável. Psicomotricidade levemente exacerbada. Exame neurológico sumário normal. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Normorreflexia. Marcha e coordenação motora normais. Exame clínico normal. RCR 2T BNF. Pulmões limpos. Abdome flácido e indolor.
Foram pedidos exames laboratoriais (bioquímica completa, EAS, parasitológico e ressonância magnética funcional cerebral com espectroscopia, mapa de perfusão e DTI). Sob a hipótese diagnóstica de esquizofrenia, foi prescrita olanzapina, 20 mg ao dia.

CURSO

A evolução deu-se de forma satisfatória. O paciente tolerou bem o medicamento. Os exames requeridos resultaram em bioquímica do sangue inteiramente normal, assim como o exame de urina e o parasitológico. A ressonância magnética funcional mostrou hipoperfusão frontal e queda de N-acetil-aspartato e creatina (NAA/CR) nos lobos frontais e na porção anterior do giro do cíngulo. As consultas iniciais foram quinzenais. Face à

progressiva estabilização do quadro, as consultas passaram à frequência mensal. Não
Contudo, a vida do paciente continuava improdutiva. Foi solicitado, gradativamente, a houve
necessidade de internação. Os delírios e as alucinações cessaram completamente. retomar
suas atividades. Passou a jogar tênis, correr na praia e fazer ginástica. Mesmo Foi
encaminhado a um endocrinologista, que prescreveu metformina e sinvastatina e o assim,
durante o tratamento, o Pedro desenvolveu síndrome plurimetabólica moderada.
vem acompanhando em paralelo desde então.

Em 2005, o paciente conseguiu se rematricular em uma faculdade de Medicina no interior do estado. Com dificuldades, perseverou. Aproveitou as matérias cursadas nas faculdades anteriores e manteve a continuidade do curso ajudado por uma "grande in- fraestrutura montada pela família". Seu pai providenciou uma casa e um carro, e sua avó foi morar com ele para "tomar conta".

Entre percalços e sucessos, formou-se em 2011, 18 anos depois de ter entrado em uma faculdade de Medicina pela primeira vez. Voltou para o Rio e Janeiro e foi morar no apartamento da avó, que continuava a "cuidar" dele. Não conseguiu passar nos concursos para residência médica, mas logo se empregou para trabalhar na emergência de uma clínica no subúrbio. Adquiriu boa experiência lá, diante de uma grande demanda de atendimentos. Posteriormente, conseguiu colocar-se em hospitais maiores e mais próximos, e até hoje atende de forma muito competente em dois serviços de grande porte. Sua avó faleceu, deixando o apartamento para ele.

Hoje, aos 39 anos, é médico (clínico geral) e trabalha no setor de emergência em dois grandes hospitais. Vive de forma discreta, aderiu totalmente aos tratamentos prescritos (olanzapina, 10 mg ao dia, metformina e atorvastatina), trabalha bastante, ganha o suficiente para o próprio sustento, cuida de suas coisas, dirige o próprio carro (trocado às custas dos seus rendimentos), faz exercícios, tem alguns amigos e mantém um rela- cionamento estável, frequente e prolongado com a namorada, que diz ser "apaixonada por seus olhos azuis".

DISCUSSÃO

Trata-se de um caso típico de esquizofrenia paranoide (F20.0 da CID-10). A presença de ideação delirante de cunho persecutório, alucinações auditivas, atitude suspicaz, hostilidade, agressividade, inadequação e perda de rendimento não deixa dúvidas quanto ao diagnóstico. A idade de eclosão do quadro também é compatível. A espectroscopia por ressonância magnética revelou perda neuronal em importantes áreas do cortex pré-frontal. A evolução desfavorável inicial deveu-se, provavelmente, à recusa de tratamento com irregularidade total quanto ao uso do medicamento. A introdução de um antipsicótico de

segunda geração certamente facilitou a adesão. Cumpre observar que, durante todos esses anos, o paciente tomou seus medicamentos de forma regular e contínua. Foi atingido um nível de funcionalidade altamente satisfatório, visto que o paciente "construiu" uma vida produtiva, abraçando uma profissão difícil, que desempenha com afinco e competência. Embora tardiamente, parece também adaptar-se aos relacionamen- tos sociais e, sobretudo, manter um bom relacionamento amoroso, ressaltando-se que a companheira tem conhecimento da doença e permanece ao lado do paciente, aparen- temente satisfeita, há cerca de três anos. A vida de Pedro é uma "verdadeira saga" e demonstra que a superação da doença é possível.

25

UMA MENTE PERSISTENTE

IDENTIFICAÇÃO

EDUARDO MYLIUS PIMENTEL, LUCIANA AMORIM

Darci, 19 anos, solteiro, ensino superior incompleto.

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Darci veio à consulta trazido pelos pais, após apresentar comportamento alterado no mês que antecedeu o encontro. Apresenta irritabilidade, fala desconexa, dificuldade para dormir, sente-se "observado", mostra-se desconfiado e vem apresentando dificuldades acadêmicas, além de problemas de relacionamento na faculdade.

Há cerca de um mês, começou a falar sobre assuntos fora do contexto e sem nexo aparente, além de sentir-se perseguido. Sentia-se "observado pelos outros". Durante essa crise, ocorreu uma avaliação com um neurologista e a troca de psiquiatra.

Fazia acompanhamento há pouco mais de um ano, com outro colega, devido a irritabilidade constante, alterações no sono e na fala, tendo como diagnóstico inicial transtorno bipolar.

HISTÓRIA

Os pais relatam que a gravidez de Darci não foi planejada e, apesar do susto inicial, transcorreu sem maiores problemas, exceto por um episódio de gripe no início da gestação. Nasceu de parto cesariano com Apgar 10 (a mãe não lembra se no primeiro ou no quinto minuto); a mãe tinha 23 anos e o pai, 30.

Aos 2 anos, na primeira tentativa de frequentar a creche, Darci apresentou dificuldades de comunicação e relacionamento com as demais crianças. Aos 3 anos, os pais fizeram nova tentativa de adaptação, porém ele continuou isolado e brincando sozinho, e uma das professoras questionou a existência de problemas mais sérios. Os pais o percebiam como uma criança mais triste, fechada, introspectiva e procuraram um neurologista. A avaliação não apresentou alterações, mas a vida escolar de Darci, apesar de seu

esforço, seguiu permeada de dificuldades, sendo necessárias aulas particulares, acompanhamento pedagógico quase contínuo, além de monitoramento constante dos pais. Ainda que eles notassem uma aparente inteligência no filho, sempre o perceberam com alguma imaturidade emocional e como pouco adaptado para a vida em sociedade. As dificuldades de aprendizagem e socialização permaneceram em todo o ensino médio e se agravaram no segundo ano, período em que começou, de forma pouco comprometida, o acompanhamento com psicólogo e psiquiatra.

Aos 18 anos, iniciou seus estudos universitários e apresentou dificuldade de perma- necer nas aulas devido a grande agitação e sintomas/comportamento paranoides. O início da vida universitária trouxe uma piora em seu comportamento de modo geral: o paciente ficou desorganizado e seu desempenho acadêmico foi negativo.

Nunca fez uso de substâncias psicoativas. Não ingere bebidas alcoólicas.

No histórico das famílias de origem, a mãe de Darci relata alguns indivíduos com alteração no comportamento em sua família - cismas e depressão recorrente - sem diagnóstico formal ou acompanhamento médico. Os avós paternos têm um casamento consanguíneo - são primos -, e são relatados alguns casos de transtorno mental na família paterna. Uma tia-avó tem transtorno mental grave sem diagnóstico preciso, mas com sérias limitações sócio-ocupacionais, e o tio de Darci tem diagnóstico de esquizo- frenia. Ambos os pais apresentam quadros de transtorno do humor, sendo que a mãe já teve episódio psicótico.

ACHADOS

Na primeira consulta, em junho de 2006, Darci encontrava-se lúcido, orientado e com o afeto hipomodulado (um tanto rígido), pensamento coerente, linguagem adequada e senso crítico preservado. Conversou bastante sobre política, amizades e seus sintomas. Na consulta, foram levantadas algumas hipóteses diagnósticas: esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno da personalidade esquizotípica.

CURSO

Poucos dias após a primeira consulta, o paciente retornou a pedido dos pais, que relataram nova crise e desorganização. Nesse momento, ele falou sobre a confusão entre o que é real e o que não é, e questionou até que ponto nossa mente pode inventar coisas. Mostrava-se bastante agitado, ansioso e estava insone. Também apresentava sintomas paranoides. Vinha fazendo uso de risperidona, 2 mg ao dia, apresentou sintomas extrapiramidais e acatisia, o que levou à interrupção do medicamento. Foram prescritos, então, ziprazidona, 160 mg ao dia, mais benzodiazepínico para insônia. Novamente teve acatisia, momento

em que houve a substituição por olanzapina, 10 mg ao dia. Obteve boa resposta, e a prescrição é mantida até hoje, aos 28 anos do paciente.

Alguns meses após o início da olanzapina, Darci apresentou sintomas depressivos, 0 que levou ao acréscimo de 10 mg de escitalopram. Esse inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) foi utilizado por cinco anos, e o paciente manteve-se estável quando o medicamento foi suspenso.

O paciente sempre fez psicoterapia. Inicialmente com psicólogo de abordagem em arteterapia (trabalhava com arte e mosaicos), que, em 2009, se mudou de cidade, sendo Darci encaminhado para terapia cognitivo-comportamental, visando ao manejo da ansiedade e à reestruturação cognitiva acerca de suas crenças de incapacidade e inadequação. Após dois anos de acompanhamento psicoterápico e estabilização das queixas iniciais, foram agregadas intervenções sistêmicas familiares, uma vez que os pais demonstravam crenças negativas em relação ao potencial do paciente e seu prognóstico. Darci não faltava às consultas, participava ativamente no processo de psicoeducação, lendo tudo o que era sugerido. A psicoeducação com os pais também se mostrou importante. Além disso, uma reestruturação do padrão de relacionamento familiar permitiu que Darci conseguisse ter um funcionamento mais individualizado e independente, deixando de ser o foco da preocupação dos pais, fato comum em famílias com filhos portadores de doenças graves.

Ao longo dos anos, foram trabalhadas as percepções e interpretações que o paciente fazia dos eventos que o cercavam, fato que melhorou sua interação com membros da família e possibilitou o aprendizado de uma comunicação mais assertiva. Darci ganhou confiança, apresentando ansiedade situacional adequada diante de algumas exigências acadêmicas. Teve uma melhora notável nos sentimentos de inadequação, começando a se expor a situações de exigência emocional um pouco maior. Terminou o curso superior, fez um curso de especialização e atualmente está finalizando um mestrado na mesma área, sempre com desempenho excelente. Foi contratado por uma instituição, onde iniciou como estagiário, e consegue enxergar as situações de conflitos interpessoais no ambiente de trabalho como oportunidades de aprimoramento de suas habilidades sociais.

Com o tratamento, iniciou atividade física de segunda a sexta-feira; nos fins de semana, aproveita o convívio familiar. Não tem amigos, nem círculos sociais; nunca teve namorada. Realiza poucas atividades em grupo. É um rapaz inteligente, interessado em esportes,

política, gosta de ler. Tem uma rotina diária com atividade física, alimentação, estudo e trabalho.

DISCUSSÃO

A esquizofrenia, além de trazer danos graves ao cérebro, é uma doença que envolve grande estigma e preconceito por parte da sociedade. Darci sempre teve o apoio dos pais, que o "protegiam" de algumas adversidades da vida, o que, por um lado, ajudou muito, porém, por outro, trouxe algumas dificuldades em lidar com situações da vida e em relacionamentos interpessoais. A participação deles no tratamento, no entanto, foi fundamental, sempre se mostrando disponíveis para apoiar o filho. Alguns fatores que contribuíram com o bom prognóstico de Darci foram: o suporte familiar (sempre presente e atuante), a boa adesão ao tratamento, tanto pelo paciente quanto pela família, a prática regular de atividade física, uma boa alimentação e hábitos de vida saudáveis, bem como o fato de ele não usar álcool, nem substâncias psicoativas.

CONCLUSÃO

Os casos apresentados ao longo do livro permitem uma visão mais otimista da esquizofrenia. Com todas as dificuldades impostas pela doença, foi possível conhecer histórias em que, além do controle dos sintomas, houve o retorno ao trabalho e a uma vida afetiva plena. Ampliar o olhar do clínico para as diferentes possibilidades de evolução da doen- ça é o primeiro passo para permitir uma visão mais otimista e esperançosa quanto ao tratamento da esquizofrenia. Sem essa perspectiva, mesmo as melhoras práticas disponíveis acabam não sendo aplicadas quando necessárias. Por exemplo, destacamos a baixa utilização de medicações injetáveis e de clozapina no Brasil. Observando cada história, também podemos apontar algumas características do processo de superação.

A primeira é que não existe um desfecho comum a todos, a superação é um processo individual de construção de sentido. Assim, é mais bem definida como um processo contínuo. Em segundo lugar, é importante destacar que podem-se definir diferentes tipos de superação. Para o médico, é mais simples pensar na superação clínica, em que há ênfase na remissão dos sintomas, na cura e na avaliação funcional. Alguns autores, no entanto, têm sugerido que o objetivo do tratamento seria mais bem traduzido pelo conceito de superação pessoal. Este difere da concepção de superação clínica, pois enfatiza a percepção individual subjetiva de viver bem apesar da doença. Esses conceitos podem ser complementares, observando a primazia da superação pessoal como objetivo final. Essa proposta não reduz a necessidade de buscar a remissão dos sintomas, mas a coloca em um contexto mais abrangente. Também torna a prática clínica mais desafiadora, pois cada paciente representa um novo desafio.

A literatura sobre superação é extensa. Seguem, então, algumas sugestões para aqueles que queiram aprofundar o conhecimento na área:

Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. Psychatr Rehabil J. 1993;16(4):11-23.

Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis.
Br J Psychiatry. 2011;199(6):445-52.

Slade M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psy- chology and recovery approaches. BMC Health Services Res. 2010;10:26. Slade M. Personal recovery

and mental illness: a guide for mental health profes- sionals. Cambridge: Cambridge Books; 2009.
CASOS DE SUPERAÇÃO RODRIGO AFFONSECA BRESSAN EM ESQUIZOFRENIA
ARY GADELHA GEDER GROHS
(ORGS.)
artmed
Recorte aqui seu marcador de página.

RODRIGO AFFONSECA BRESSAN
CASOS DE SUPERAÇÃO EM ESQUIZOFRENIA
ARY GADELHA GEDER GROHS
(ORGS.

"A esquizofrenia é uma doença mental grave e
incapacitante que afeta cerca de 1% da população." - essa frase impactante traduz a imagem negativa
que em geral predomina sobre o transtorno.

A realidade, no entanto, demonstra que um número cada vez maior de pessoas com esquizofrenia consegue atingir melhoras significativas em termos de funcionamento e conquistas pessoais.

Neste livro, partindo do conceito de superação, os autores apresentam 25 histórias que permitem uma visão mais otimista da esquizofrenia, pois, com todas as dificuldades impostas pela doença, os pacientes, além do controle dos sintomas, retomaram suas atividades produtivas e atingiram uma vida afetiva plena.

PSIQUIATRIA
1SBN 978-85-8271-368-6

97885820713686
artmed
loja grupoa.com.br